

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Уральский государственный медицинский университет»

Кафедра социальной работы и социологии медицины

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ  
ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ  
ХРУСТАЛИКА ГЛАЗА (КАТАРАКТА)

Факультет психолого-социальной работы  
и высшего сестринского образования  
Направление подготовки Социальная работа  
Квалификация бакалавр  
Допущена к защите: «12» марта 2018 г.  
Зав. кафедрой Кузьмин К.В., к.и.н.,  
доцент  
Дата защиты 21 марта 2018 г.  
Оценка \_\_\_\_\_

Исполнитель: Окунев Данил  
Петрович  
Группа ЗСРб-404С  
Руководитель: Бурлуцкая  
М.Г., к.с.н, доцент  
Нормоконтролер Кузьмин  
К.В., к.и.н., доцент  
Рецензент \_\_\_\_\_

Екатеринбург 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

|   |  |    |
|---|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ  |  | 3  |
| ГЛАВА 1. КАТАРАКТА И ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ ХРУСТАЛИКА ГЛАЗА  |  | 6  |
| 1.1.  | Симптомы катаракты. Факоэмульсификация хрусталика глаза (катаракты)                              | 6  |
| 1.2.  | Психологический портрет пациентов. Социально-психологические проблемы послеоперационного периода | 15 |
| ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ ХРУСТАЛИКА ГЛАЗА (КАТАРАКТЫ) |  | 23 |
| 2.1.  | Сущность и содержание социально-медицинской реабилитации пациентов                               | 23 |
| 2.2.  | Методы социально-медицинской реабилитации пациентов после факоэмульсификации хрусталика глаза    | 29 |
| 2.3.  | Опыт социально-медицинской реабилитации пациентов в Центре здоровья (г. Златоуст)                | 37 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ  |  | 57 |
| СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ  |  | 60 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ  |  | 64 |

## ВВЕДЕНИЕ

Сохранение зрения в любом возрасте является одним из важнейших условий активной деятельности человека. В современном мире зрение человека, как и организм в целом, подвергается многочисленным стрессам, нагрузке, также экологические и другие факторы отрицательно влияют на наш организм. Все труднее становится сохранить зрение, многие страдают от различных глазных болезней, таких как глаукома, катаракта, ретинит, синдром сухого глаза. Среди населения важно проводить профилактические мероприятия и диспансеризацию.

Катаракта повреждает весь хрусталик или его часть, становится причиной снижения зрительной функции, почти полной ее потери, дальнозрения, двоения в глазах, чувствительности к яркому освещению. Своевременное лечение и операция (факоэмульсификация хрусталика глаза) поможет вернуть зрение, где на первое место ставится работа высококвалифицированного специалиста.

После операции (факоэмульсификация хрусталика глаза) основной проблемой является не только медицинские, но и социальный аспект, поскольку успех операции и послеоперационного восстановления зависит от пациента в значительной степени, сам период восстановления может быть стрессовым. Реабилитация после катаракты включает строгий режим сна и максимальное избежание нагрузок на глаза. Работу за компьютером, просмотр телепрограмм лучше оставить на потом. Лучше всего воздержаться и от сна на том боку, где находится прооперированный глаз. Реабилитация после операции по удалению катаракты должна включать и ограничения на подъем тяжестей. Первые несколько дней нужно носить на глазу повязку, что обезопасит его от попадания чужеродных веществ и пыли. Также не стоит тереть глаз. Важно избегать контакта с водой и мыльными растворами. Очень важное ограничение касается посещения бани или сауны, так как горячая вода способна спровоцировать кровоизлияние.

Социально-медицинская работа с пациентом ведется перед операцией и после нее. Реабилитационные работы ведутся в медицинских центрах, санаториях и больницах. Алгоритм работы может быть общим, но при индивидуальной работе с пациентом учитываются многие факторы: возраст, симптомы болезни, осложнения и другие.

Анализ научной литературы показал, что проблема социально-медицинской реабилитации после факоемульсификации хрусталика глаза мало изучена. В основном мы находим работы отдельно по глазным болезням, в том числе по катаракте, и монографии по социальной работе (Мартыненко А.В., Сидоренко Е.И., Холостова Е.И., Ковалевский Е. И. и др.).

Катаракта, по определению Сидоренко Е.И., частичное или полное помутнение вещества или капсулы хрусталика с понижением остроты зрения вплоть до полной утраты. На сегодняшний день не существует лекарственных средств, способных восстановить прозрачность хрусталика. К 80-ти годам катаракта развивается более чем у половины жителей Земли. Как отмечают Першин К.Б., Пашинова Н.Ф., Черкашина А.В. В последние годы врожденная или приобретенная катаракта весьма быстро эволюционирует.

**Объект исследования**-пациенты центра здоровья, проходящие реабилитацию в постоперационный период.

**Предмет исследования**-социально-медицинская реабилитация после факоемульсификации хрусталика глаза (катаракта) на примере школы здоровья.

**Цель выпускной квалификационной работы**- изучение социально-медицинской реабилитации пациентов после факоемульсификации хрусталика глаза. Исходя из цели, мы ставим перед собой следующие задачи:

Рассмотреть симптомы катаракты и факоемульсификацию хрусталика глаза (катаракты);

Составить психологический портрет пациентов и выявить социально-психологические проблемы послеоперационного периода;

Раскрыть сущность и содержание социально-медицинской реабилитации пациентов после факоемульсификации;

Провести анализ работы Центра Здоровья с пациентами в послеоперационный период;

1. Выявить и исследовать наиболее действенные методы реабилитации и разработать рекомендации по совершенствованию системы реабилитации пациентов после факоемульсификации хрусталика глаза.

Данные методы, которые мы постараемся внедрить на практике в результате исследования, помогут в работе в Центре Здоровья в будущем.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка источников и литературы, приложений.

# ГЛАВА 1. КАТАРАКТА И ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ ХРУСТАЛИКА ГЛАЗА

## 1.1. Симптомы катаракты. Факоэмульсификация хрусталика глаза (катаракты)

По данным Всемирной Организации Здравоохранения более 163 млн чел. в мире страдает глазными заболеваниями, из них 124 млн имеют низкое зрение, а 37 млн слепы. Более 82% из этих больных старше 50 лет, хотя представители данной возрастной группы составляют лишь 19% от всего населения Земли. Такие заболевания, как глаукома, патология глазного дна и катаракта обуславливают более 70% слепоты в мире. При этом катаракта – главная причина слепоты в странах третьего мира, где проживает большая часть населения земли, с ней связано около половины от общего количества слепых в мире, что составляет в настоящее время около 18 млн. человек.<sup>1</sup>

Катаракта в цифрах и фактах. Древние греки называли эту болезнь «kataraktes», что в переводе означает – водопад. Человек видит как бы сквозь падающую воду. У 12% пациентов наблюдается быстро прогрессирующее созревание катаракты – за 4-6 лет. У 15% пациентов – медленно прогрессирующая катаракта, она развивается за 10-15 лет. У 70% пациентов прогрессирование катаракты происходит за 6-10 лет. Ежегодно у 20 млн чел. в мире катаракта становится причиной слепоты.

Существует взаимосвязь катаракты с определенными заболеваниями, например, с сахарным диабетом. Прием стероидных препаратов в больших дозах стимулирует помутнение хрусталика. Катаракту не вызывает напряженная зрительная работа: чтение, шитье, просмотр телевизора.

---

<sup>1</sup>[ Исакова И.А. Качество жизни больных катарактой : автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.05 / ВГМУ. – Волгоград, 2010. – С.3].

На сегодняшний день не существует лекарственных средств, способных восстановить прозрачность хрусталика. К 80-ти годам катаракта развивается более чем у половины жителей Земли.

Около 2,5 тысяч лет назад в Индии начали проводиться первые «операции» по удалению катаракты: с помощью специальной иглы хрусталик смещали в стекловидное тело, в результате чего световые лучи получали свободный доступ к сетчатке. В 1949 г. английский хирург Гарольд Ридли выполнил первую замену хрусталика на искусственный аналог. Самый современный и наименее травматичный способ удаления катаракты – фактоэмульсификация с имплантацией складной линзы.

Катаракта, по определению Сидоренко Е.И., частичное или полное помутнение вещества или капсулы хрусталика с понижением остроты зрения вплоть до полной утраты<sup>2</sup>. Помутнение хрусталика – основная причина слепоты в мире. Врожденная катаракта – помутнение хрусталика уже при рождении ребенка. Помутнение хрусталика в течение первого года жизни называют детской катарактой. По статистике врожденные и детские катаракты встречаются с частотой 1:2000 новорожденных. Они могут быть двусторонними или односторонними.

Полярная катаракта. При передней полярной катаракте наблюдается маленькое двустороннее симметричное непрогрессирующее помутнение, оно не снижает зрение. Задняя полярная катаракта обычно приводит к большему снижению остроты зрения, чем передняя. Она обычно стабильная, редко прогрессирует.

Шовная, или звездчатая, катаракта. При такой катаракте мы наблюдаем помутнение Y-образного шва фетального ядра. Данная катаракта редко приводит к ухудшению зрения.

---

<sup>2</sup> [Офтальмология. Учебник/ Под ред. Е.И.Сидоренко. – 2-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – С.274. ]

Врожденная ядерная катаракта – помутнение эмбрионального ядра или эмбрионального и фетального ядра. Глазное яблоко уменьшено.

Капсулярная, или пирамидальная, катаракта. При таком заболевании наблюдается ограниченное помутнение эпителия и передней капсулы хрусталика. Она выступает в переднюю камеру.

Зонулярная, или слоистая, катаракта – наиболее простой вид врожденной катаракты, двустороннее симметричное поражение. Слоистая катаракта – помутнение определенных слоев или зон хрусталика. При боковом освещении катаракта имеет форму диска.

Полная катаракта означает помутнение всех хрусталиковых фибрилл. Рефлекс с глазного дна полностью отсутствует, сетчатка не просматривается. Она может быть односторонней или двусторонней. Приводит к значительному понижению зрения.

Пленчатая катаракта. Встречается при рассасывании белков из целого или травмированного хрусталика. Значительно влияет на остроту зрения.

Симптомы катаракты

помутнение хрусталика;

снижение остроты зрения;

изменение истинного цвета зрачка;

нарушение светочувствительности;

нарушение цветовосприятия;

мелькание перед глазами разных полосок, точек или пятен;

развитие косоглазия.

К основным причинам катаракты относятся травмирование глаза, возрастное изменение хрусталика, воздействие солнечных лучей в течение длительного времени, облучение радиацией и рентгеновскими лучами, вредные привычки (курение, алкоголизм), наличие некоторых хронических заболеваний, отслойка сетчатки глаз, употребление лекарственных препаратов, отравление токсическими веществами. Также экология влияет на развитие



катаракты. Табакокурение является серьезным фактором риска глазных заболеваний, в числе которых и катаракта. Следует помнить о том, что курильщики подвергают опасности не только себя, но и окружающих, отравляя их сигаретным дымом. Его воздействие причислили к основным причинам развития глазных заболеваний.

Факоэмульсификация — микрохирургический метод удаления катаракты, при котором для разрушения ядра хрусталика по принципу «отбойного молота» используется специальная игла (факонаконечник), осуществляющая возвратно-поступательные и/или осцилляционные колебания частотой свыше 20 000 раз в секунду (рис. 1).

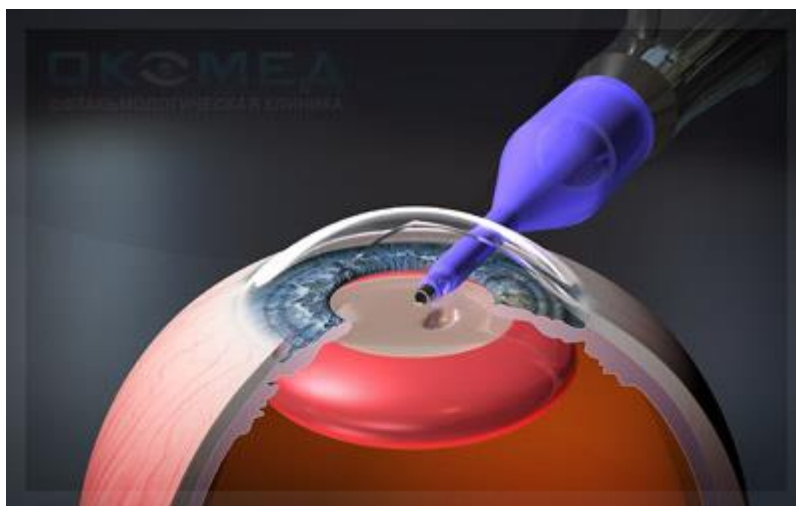


Рис. 1. Факоэмульсификация

При удалении катаракты методом факоэмульсификации в поврежденный патологией глаз вводится специальный ультразвуковой зонд (факоэмульсификатор), а затем производится дробление и аспирация частиц дефектного хрусталика с последующей установкой на его место гибкой интраокулярной линзы (сокр. ИОЛ). Время применения ультразвука прямо пропорционально возрасту пациента, это зависит от того, что с возрастом объем хрусталика и его плотность с возрастом увеличивается. Такой вид операции рекомендован при врожденной катаракте, аниридии (отсутствие радужной

оболочки глаза), высокой миопии, наличии спаек задней капсулы хрусталика со стекловидным телом. Операции также проводятся у лиц, нуждающихся в быстрой реабилитации.

Как отмечают Першин К.Б., Пашинова Н.Ф., Черкашина А.В.<sup>3</sup>, в последние десятилетия хирургия катаракты в педиатрии быстро эволюционирует. Так, врожденная катаракта диагностируется в более раннем возрасте, все большее распространение получает астигматически нейтральная, бесшовная хирургия малых разрезов, используется факоэмульсификация (операция, проводимая с применением ультразвука), совершенствуется техническое оснащение, в силу чего хирургическое лечение может быть начато в кратчайшие сроки, [см. приложение 1].

Достоинства:

низкая травматичность хирургической процедуры;

возможность удаления катаракты даже на ранней стадии развития заболевания;

небольшая вероятность серьезных осложнений;

отсутствие искажений зрения в послеоперационном периоде;

возможность проведения манипуляций под местной анестезией.

В наше время хирургия глаза развивается очень динамично, в результате список показаний к проведению факоэмульсификации катаракты достаточно обширен:

возрастная катаракта на любой стадии развития, в том числе незрелая;

врожденная катаракта;

дефекты хрусталика у молодых пациентов;

поражение хрусталика в результате патологий сетчатой оболочки и

т.д.

Противопоказания:

---

<sup>3</sup> [Першин К.Б., Пашинова Н.Ф., Черкашина А.В. Некоторые современные аспекты лечения катаракты у детей [Электронный ресурс] // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т.12. - №2. – С.68-73. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17705222>. – С. 69.]

- высокое внутриглазное (ВГД) или внутричерепное давление;
- сахарный диабет (SD);
- острые заболевания глаз инфекционной природы;
- пленчатая катаракта;
- подвывих хрусталика (в случае, когда пациент старше 25 лет);
- слишком узкий (диаметром не более 6 мм) зрачок;
- некоторые формы дистрофии роговой оболочки.

Этапы операции: Применение анестезии перед имплантацией. В зависимости от индивидуальной переносимости пациента, офтальмолог назначает тот или иной вид анестезии, или комплексное применение ее разновидностей. Она может быть местной и инъекционной. Применение первой предусматривает закапывание глаз обезболивающими каплями (Тетракаин, Алкаин, Пропаракаин). Второй вид анестезий – инъекция с препаратом, который позволит обезболить область глаза и поможет обездвижить экстраокулярные мышцы для того, чтобы хирург-офтальмолог мог лучше контролировать проведение факэмульсификации. Врач проводит микронадрез (2,2 – 3мм), через который у него будет доступ к хрусталику, пострадавшему от катаракты. При крайней необходимости нужны еще 1-2 надреза величиной не более 1,5 мм. Введение вискоэластика – специального вещества, цель которого – защищать все структуры стекловидного тела от воздействия колебаний, осуществляемых инструментом во время факэмульсификации. Работа с хрусталиком: дробление его тела и изъятие из капсулы. Внедрение на его место заранее подготовленной ИОЛ в свернутом виде, расправление и закрепление линзы, которая теперь будет заменять хрусталик до конца жизни пациента. С помощью ирригационного раствора врач вымывает весь вискоэластик.

Ограничения и противопоказания.

Удаление катаракты является очень серьезным вмешательством, поскольку травмирует глаз, один из самых сложных и уязвимых органов. Для ускорения заживления реабилитация в период после операции по удалению катаракты предполагает соблюдение некоторых правил:

Отказаться от подъема тяжестей более 4-5 кг – в противном случае велик риск резкого повышения внутриглазного давления, появления кровоизлияний, отеков и даже отслойки сетчатки.

Не наклонять голову вниз на длительное время либо слишком резко – чревато повышением внутриглазного давления.

Отказаться от посещения бань и саун, загара на пляже или в солярии, длительного нахождения в ванне с горячей водой. Высокая температура повышает риск развития внутриглазных кровоизлияний.

Отказаться от занятий спортом, связанных с тряской – бег, поездок на велосипеде, катания на горных лыжах, прыжков. В противном случае, велик риск отслойки сетчатки.

Не тереть глаз, даже если он слезится. Слезы нужно аккуратно промакивать стерильными ватными тампонами, причем проводить ватными тампоном только под глазом, но ни в коем случае не по самому веку.

Отказаться от курения и потребления спиртных напитков, ограничить количество выпиваемой жидкости до 1,5 л в день, свести к минимуму потребление жирных, копченых, жареных и соленых блюд.

Женщинам не рекомендуется пользоваться косметикой.

Реабилитация после операции катаракты предполагает также отказ от вождения автомобиля.

По мере улучшения состояния, список ограничений будет сокращаться.

Режим и правила. Восстановление после удаления катаракты не предполагает строгого соблюдения постельного режима, однако требует существенного ограничения физических нагрузок. Любая физическая активность

может продолжаться лишь до тех пор, пока пациент не ощутит хотя бы незначительную усталость.

Промывать оперированный глаз проточной водой запрещается – вместо этого следует использовать раствор фурацилина. Голову мыть также не рекомендуется, равно как и использовать косметические лосьоны для очищения лица.

Посещать офтальмолога следует в соответствии с рекомендованной им частотой.

Восстановление после операции (катаракта эффективно излечивается лишь хирургическим путем) предполагает также применение глазных капель. Капли, назначенные офтальмологом, помогают успокоить раздражение глаза, защитить от попадания болезнетворных микроорганизмов, ускорить восстановление тканей.

Возможные осложнения. Сразу после проведения операции многие пациенты ощущают боли в области глазного яблока, виска или надбровной дуги. Это нормально, однако затянувшиеся болезненные ощущения могут говорить о развитии осложнения.

Осложнения после операции:

Вторичная катаракта (время развития – до нескольких лет после удаления первичной катаракты). Причина вторичной катаракты заключается в том, что во время вмешательства не были полностью удалены все пораженные клетки хрусталика.

Рост внутриглазного давления – возникает как вследствие травмирования глаза при операции, так и вследствие имеющихся у пациента сопутствующих заболеваний, несоблюдения режима реабилитации, генетических наклонностей.

Отслоение сетчатки – причиной чаще всего являются травмы глаза во время операции и несоблюдение послеоперационного режима.

Смещение хрусталика. Развивается как вследствие врачебной ошибки во время операции, так и из-за несоответствия размеров имплантированной линзы ее «опорам». Данное осложнение требует повторной операции.

Кровоизлияние в переднюю камеру глаза – развивается из-за неправильной установки интраокулярной линзы либо вследствие повышенных физических нагрузок в период непосредственно после операции. Лечение – медикаментозное либо хирургическое.

Отек сетчатки. Развивается обычно вследствие наличия сопутствующих заболеваний либо несоблюдения режима в период реабилитации.

В том случае, когда операцию выполнял опытный офтальмохирург, а пациент строго соблюдал рекомендации, касающиеся реабилитационного периода, риск развития осложнений минимален.

## 1.2. Психологический портрет пациентов. Социально-психологические проблемы послеоперационного периода

В статье «Оценка психосоматического статуса больных с катарактой»<sup>4</sup> приводится таблица «Доперационный психосоматический статус у больных с катарактой». В исследованиях участвовало 75 человек. Проводились тесты Леонгарда-Шмишека и Айзенка. По первому тесту определялись типы возбудимый, педантичный, эмотивный, аффектно-экзальтированный, дистимичный, а по второму – типы сангвиник-экстраверт, холерик-экстраверт, флегматик-интроверт, меланхолик-интроверт.

По данным исследования с применением теста Леонгарда-Шмишека среди больных с катарактой преобладали пациенты с возбудимым типом (46,7%), который характеризуется повышенной импульсивностью, раздражительностью и агрессивностью. Для людей этого типа моральные устои малозначимы, в порывах гнева у них нарастание агрессивности сопровождается активизацией соответствующих действий, осмысление, как правило, затруднено и замедлено.

Педантичный и эмотивный типы встречались с частотой 18,7 и 21,3% соответственно. Педантичный тип отмечен только у женщин и характеризуется ярко выраженной собранностью, четкостью и завершенностью в действиях. Их высокий самоконтроль позволяет выполнять работу пунктуально и добросовестно, но имеет место в мышлении медлительность и малопродуктивность, а в действиях – чрезмерная стандартность и предусмотрительность.

Аффектно-экзальтированный и дистимичный типы выявлены у соответственно 9,3 и 4,0% женщин с катарактой. Для первого типа свойствен широкий диапазон эмоциональных состояний и экзальтация (встревоженно-

---

<sup>4</sup>[ [http://mvervall.ucoz.net/news/glaza\\_novorozhdenного\\_rebenka\\_katarakta\\_glaukom/2013-03-14-35](http://mvervall.ucoz.net/news/glaza_novorozhdenного_rebenka_katarakta_glaukom/2013-03-14-35)]

возбужденное состояние). Для второго типа присущи склонность к депрессии, сосредоточение на мрачных сторонах жизни, медлительность и заторможенность.

По тесту Г. Айзенка были получены такие результаты: тип «сангвиник-экстраверт» встречается у 6,7% обследуемых (все женщины), «холерик-экстраверт» – у 28,0% (все женщины), «флегматик-интроверт» – у 16,0% (преимущественно мужчины – 80,0%), «меланхолик-интроверт» – у 45,3% (преимущественно женщины – 82,4%). Сангвиник-экстраверт – стабильная личность, социален, общителен, порой болтлив, беззаботный, веселый, любит лидерство, жизнерадостен. Холерик-экстраверт – нестабильная личность, обидчив, несдержан, агрессивен, импульсивен, оптимистичен, активен, но работоспособность и настроение нестабильны, в ситуации стресса – склонность к истерико-психопатическим реакциям. Флегматик-интроверт – стабильная личность, медлителен, спокоен, пассивен, осторожен, задумчив, надежный, спокойный в отношениях, способен выдержать длительные невзгоды без срывов здоровья и настроения. Меланхолик-интроверт – нестабильная личность, тревожен, пессимистичен, очень сдержан внешне, но чувствителен и эмоционален внутри, интеллектуальный, в ситуации стресса – склонность к внутренней тревоге, депрессии, срыву или ухудшению результатов деятельности.

Пациенты с катарактой относятся к возбужденному и аффекто-экзальтированному типу с проявлением тревожности. Для них характерна внешняя сдержанность при повышенной внутренней чувствительности, отмечается склонность к размышлениям, а в ситуации стресса – к внутренней тревоге, депрессии, к срыву или ухудшению результатов деятельности [17].

Результаты исследования помогут учесть психологическое состояние пациентов и помочь им преодолеть трудности, связанные со здоровьем. Такую помощь должны оказать медицинский персонал, социальные работники, психологи и близкие пациента.



В последние годы во всем мире термин «качество жизни» используется чрезвычайно широко. В индустриальных странах рост интереса к качеству жизни является показателем стремления к развитию целостного взгляда на индивида в медицине и в социальных науках. В настоящее время все большее внимание стало уделяться изучению качества жизни в медицине, что позволило глубже вникнуть в проблему отношения больного к своему здоровью [2].

Качество жизни (КЖ) как медицинская категория исторически тесно связано с определением здоровья, принятым ВОЗ в 1948 г. Согласно этому определению «здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие болезни» [1].

Таким образом, утвердилась точка зрения, стремившаяся учесть разнообразные интересы пациентов в процессе лечения. От достаточно простого понимания смысла медицинских вмешательств, утверждающего, что здоровье, отсутствие болей и нормально функционирующий организм - это благо, а ухудшение здоровья, болезни и смерть должны быть предотвращены, медицина переходит к более сложной и современной точке зрения, предполагающей, что хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие – есть отражение удовлетворения его потребностей и его адаптации в физической, психологической и социальной сферах[3].

Внимание медиков все больше фокусируется не на отдельной болезни и ее симптомах, а на пациенте как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами. Идут интенсивный поиск и разработка новых измерителей состояния здоровья населения, дополняющих такие традиционные его индикаторы, как заболеваемость и смертность. В ряду этих новых измерителей оценки качества жизни занимают одно из первых мест [4].

Впервые возникнув в 1960-е гг. в контексте измерения благополучия человеческого бытия, предложенное Римским клубом в 1970-е гг. для использования в научных исследованиях, в последние годы качество жизни все чаще используется как мера результата медицинских вмешательств, в

клинических и эпидемиологических исследованиях. Количество исследований, связанных с качеством жизни, в различных отраслях здравоохранения прогрессивно возрастает. Растет понимание того, что качество жизни является чрезвычайно важной мерой результатов лечения [5].

Данные о качестве жизни могут быть использованы на уровне отдельного пациента и его лечащего врача. Взаимодействие и взаимопонимание между больным и врачом улучшается благодаря тому, что врач, использующий шкалы для измерения качества жизни и обсуждающий результаты с пациентом, лучше понимает, каким именно образом данное заболевание влияет на переживание пациентом своей жизни. Это придает больший смысл и удовлетворенность работе доктора, а в конечном итоге приводит к улучшению качества обслуживания пациента. Более того, сами пациенты могут лучше уяснить себе свое состояние здоровья и связанные с ним жизненные проблемы. Помимо этого, рутинное использование инструмента может усовершенствовать сбор и фиксацию данных о пациентах в историях болезни, а также способствовать обмену ценной информацией между профессионалами [6].

Шкалы качества жизни находят существенное применение в клинических испытаниях новых лечебных методов и препаратов, устанавливая нормативы функционирования и обнаруживая изменения качества жизни в процессе лечения. На основе полученных данных об улучшении качества жизни пациентов могут приниматься решения о снабжении лечебных учреждений более широким выбором медикаментов, а большая доступность определенных препаратов будет выгодна тем пациентам, которые выберут лекарства, не только избавляющие от симптомов или уменьшающие их, но также улучшающие их качество жизни [7].

Всемирная организация здравоохранения (1999) предложила рассматривать это понятие как оптимальное состояние и степень восприятия от-

дельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) в достижении благополучия и самореализации [7].

Другими словами, качество жизни отражает уровень комфортности человека в обществе и базируется на трех основных компонентах [8]:

Условия жизни, т.е. объективная, не зависящая от самого человека сторона его жизни (природная, социальная среда и др.);

Образ жизни, т.е. субъективная, создаваемая самим индивидуумом сторона жизни;

Удовлетворенность условиями и образом жизни.

Качество жизни зависит от самых разных факторов: жилищных условий, работы или учебы, семьи, социально-экономического статуса, политической обстановки в стране и т.д. На КЖ также влияют возраст, пол, религиозные убеждения, культурный уровень человека. Рассматривая вопросы КЖ в медицине, принято сосредотачиваться на связанных с болезнью функциональных возможностях, а также на субъективном восприятии пациентом состояния здоровья и выраженности симптомов болезни. По сравнению с традиционным, сугубо объективным подходом к болезни появление в практике соматической медицины понятия КЖ можно считать значительным прогрессом [9].

Современная концепция изучения качества жизни, связанного со здоровьем, базируется на трех составляющих.

Многомерность. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивается характеристиками, как ассоциированными, так и не ассоциированными с заболеванием, что позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

Изменяемость во времени. Качество жизни, связанное со здоровьем, меняется во времени в зависимости от состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.

Участие больного в оценке своего состояния. Эта составляющая особенно важна. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, сделанная самим больным, представляет собой ценный показатель его общего состояния. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным врачебным заключением, позволяют составить более полную картину болезни и прогноз ее течения [10].

При ряде хронических заболеваний, болезнях, склонных к прогрессированию и протекающих с обострениями, значительно ограничивается нормальное существование человека, и эти ограничения могут стать важнее для больного, чем сама болезнь. Хроническая болезнь накладывает на психику больного сильный отпечаток, обостряя невротические черты. КЖ в этом случае отражает способность больного адаптироваться к проявлениям своей болезни [11].

Можно использовать критерий качества жизни для оценки эффективности проводимого лечения. Существенное влияние на качество жизни оказывает адекватная программа реабилитации. Она важна как для больных хронической сердечно-сосудистой недостаточностью и инфарктом миокарда, так и другими нозологиями, и от ее грамотной организации зависит дальнейшее качество жизни пациентов [12].

Установлено, что КЖ изменяется во времени в зависимости от состояния больного, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Данные о КЖ позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии [14].

В настоящее время качество жизни, связанное со здоровьем, является важным и в ряде случаев основным критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях. В течение последнего десятилетия практически все много - центровые исследования, посвященные сравнению эффективности различных программ терапии, наряду с традиционными клиническими критериями изучения эффективности лечения, включают

оценку КЖ. В зависимости от результатов исследования качество жизни рассматривают как дополнительный или как основной критерий при определении преимуществ той или иной схемы лечения. В большинстве работ подчеркивается, что качество жизни в клинической медицине на сегодняшний день является либо главной, либо дополнительной целью лечения [18].

Существуют три причины, по которым врачи идут на то или иное вмешательство: продление жизни больного, предотвращение преждевременной смерти или улучшение самочувствия. Эксперты ВОЗ уделяют большое внимание развитию науки о КЖ как важному инструменту при принятии решений относительно методов лечения, научных исследований и подготовки медицинского персонала [19].

Качество жизни – понятие важное не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни современного общества, так как конечной целью активности всех институтов общества является благополучие человека.

Таким образом, концепция исследования КЖ является принципиально новым методом, позволяющим изучать многоплановую картину субъективных переживаний больного, вызванную болезнью, и становится важным компонентом в современных клинических исследованиях и клинической практике [20].

Выводы:

Анализ источников показал, что комплексный подход к решению проблемы социально медицинской реабилитации больных катарактой может быть реализован с помощью социологии и медицины. Большинство офтальмологических пациентов имеют тревожный тип отношения к болезни (73%). Большинство пациентов (68%) предпочитают так называемых «сопереживающих» врачей.

В восприятии пациентов: основную роль они приписывают врачу (54%), на втором месте – средний медперсонал и социальные работники (19%), на третьем - родственники (18%). Это может быть интерпретировано

как высокое доверие к специалисту, а с другой стороны – как результат недостаточной компетентности больного в медицинских вопросах, дезориентации в новых формах медицинского обслуживания.

Программа социально-медицинской реабилитации больных катарактой должна включать не только послеоперационный этап, как это принято сейчас, но все этапы ведения больного: диагностику, собственно лечение (терапевтическое и/или хирургическое), диспансерное наблюдение, психологическую реабилитацию, социальную адаптацию.

Особое значение для эффективной социально-медицинской реабилитации больных катарактой имеет информированное согласие, которое дисциплинирует больного и позволяет врачу более уверенно проводить реабилитационные мероприятия.

## ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ ХРУСТАЛИКА ГЛАЗА (КАТАРАКТЫ)

### 2.1. Сущность и содержание социально-медицинской реабилитации пациентов

В послеоперационный период пациентам требуется помощь специалистов – медицинских и социальных работников. В данной главе мы подробно рассмотрим сущность и содержание социально-медицинской реабилитации пациентов после операции, выясним, какие методы социально-медицинской реабилитации таких пациентов существуют, оценим эффективность работы с пациентами в Центре здоровья в городе Златоусте Челябинской области.

Реабилитация – восстановление утраченных или нарушенных функций организма и адаптации клиентов с помощью социальных, медицинских, педагогических, правовых мер. Социально-медицинская реабилитация подразумевает оказание помощи больному профессиональными медицинскими и социальными работниками, формирование у больных новых навыков для полноценной жизни. Этот вид реабилитации также включает в себя восстановительную и реконструктивную терапию.

К основным принципам относятся:

своевременность и соблюдение всех этапов социально-реабилитационных мероприятий;

дифференцированность, системность и комплексность оказанной помощи и поддержки;

последовательность и непрерывность работы;

индивидуальный подход к определению объема, характера и направленности социально-реабилитационных мер;

доступность таких мер для всех нуждающихся независимо от материальных и имущественных возможностей пациентов.

Объектом работы социальных работников, которые оказывают помощь, в нашем случае являются пациенты, перенесшие фактоэмульсификации хрусталика глаза. Такая помощь относится к вторичной социально-медицинской работе, которая в свою очередь предусматривает создание определенных социальных условий, которые позволяют больному пациенту лучше адаптироваться в социальной среде, быть полезным обществу, чувствовать себя полноценной личностью, а также решение других социальных проблем. Это проблемы с обеспеченностью необходимыми жилищными условиями, питанием, профессией, соответствующей здоровью, устранение вредных привычек.

Реабилитация определяется как «система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду. Реабилитация представляет сложный процесс, в результате которого у пострадавшего создается активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное отношение к «жизни, семье и обществу»<sup>5</sup>.

Ключевым в этом определении является то, что реабилитация представляет собой систему мероприятий.

Оценивая реабилитационный потенциал человека, мы должны учитывать не только характер и глубину нарушения, но и социально-психологические последствия этого нарушения. Так при одной и той же патологии они

---

<sup>5</sup> [<http://medbe.ru/materials/raznoe-v-reabilitatsii-i-adaptatsii/meditsinskaya-reabilitatsiya-osnovnye-polozheniya/>]



могут быть различными, в зависимости оттого, каким образом нарушенная функция была связана с прежней профессией и какое место профессия занимала в иерархии ценностей личности

Абилитация означает в дословном переводе «предоставление прав». При реабилитации речь идет о восстановлении, возмещении потерянных свойств, условий, того качества жизни, которое было утрачено индивидом. Абилитационная ситуация характеризуется иначе. Это те случаи, когда индивид уже рождается с тем или иным пороком, отклонением в физическом или психическом развитии. Работа с человеком, имеющим врожденные нарушения, строится на иной основе. В подобных случаях возможны исходная неадаптированность, отсутствие периода нормального развития и какой бы то ни было утраты. Поэтому абилитационные мероприятия нужно понимать как систему раннего вмешательства в процесс развития ребенка с целью достижения его максимальной приспособленности к внешним условиям существования с учетом индивидуальных особенностей имеющихся нарушений. Опыт интегрированной обучения детей с отклонениями в развитии в условиях обычных общеобразовательных школ как раз пример социального уровня адаптации.

Социальные работники также могут оказать помощь пациентам, которым требуется определение состояния жизнедеятельности. Для определения состояния жизнедеятельности граждан с катарактой требует принимать во внимание некоторые социальные и клинические факторы:

1. Вид катаракты, причины возникновения, степень поражения хрусталика;
2. Состояние остальных тканей и структур глазного яблока;
3. Состояние зрительной функции, включая остроту и поле зрения, уровень внутриглазного давления;
4. При необходимости — итоговые результаты ЭФИ (электроретинографии, определения порога чувствительности и лабильности зрительного нерва);

5. Особенности процесса течения катаракты, время наступления, сроки развития слепоты;

6. В случае осложненных катаракт — данные о характере основного заболевания и его прогноз;

7. Результаты обследования гражданина терапевтом, неврологом, психиатром с предоставлением данных гносеологического анамнеза (при врожденных катарактах);

8. Возраст, образование, профессия больного, трудовой стаж, сведения об условиях труда и характере работы.

Вопрос о степени возможности труда у лиц, больных катарактой и подлежащих хирургическому лечению, необходимо решать после проведения операции — экстракции катаракты, когда к ее проведению нет противопоказаний со стороны остальных структур глаза и общего состояния организма. Также, если проведение операции не противоречит желанию и убеждениям гражданина.

Инвалидность I группы устанавливается:

- при наличии зрелой и почти зрелой катаракты (вне зависимости от ее вида) на обоих либо лучше видящем глазу, которая практически привела к двусторонней слепоте;
- при сочетании любой степени зрелости катаракты с изменениями прочих структур глаза, приведшим к снижению зрения вплоть до слепоты на двух глазах или лучше видящем глазу.

Инвалидность II группы устанавливается:

- при наличии любого генеза катаракты на обоих либо лучше видящем глазу, которая привела к снижению функции зрения (высокой степени слабости зрения) и позволяет больному трудиться только при специально созданных условиях;
- в случае сочетания осложненной катаракты (вне зависимости от степени зрелости) с изменениями остальных структур глаза и систем орга-

низма, когда характер комплекса поражений, обуславливающий тяжесть заболевания и неблагоприятный прогноз ведет к противопоказаниям любой трудовой деятельности либо возможности работы лишь при специально созданных условиях;

- гражданам с любыми видами врожденных катаракт, в сочетании с изменениями остальных структур глазного яблока, поражениями ЦНС, а также прочих функциональных систем организма, что делает труд в установленных условиях производства для них недоступным;

- людям с травматической катарактой на двух или лучше видящем глазу в случае сочетания поражения хрусталика с травматическим либо иными повреждениями прочих структур органа зрения, которые вследствие снижения зрительной функции привели к невозможности реализации трудовой деятельности в установленных на производстве условиях.

Инвалидность III группы устанавливается:

- лицам с любым видом катаракты на двух или лучше видящем глазу, у которых помутнение хрусталика и ухудшение зрительных функций спровоцировало развитие средней степени слабовидения. этим гражданам противопоказан труд, который связан с необходимостью хорошего зрения, работа среди движущихся механизмов, работа на высоте и пр., особенно когда переход на другой вид деятельности сопряжен со снижением квалификации из-за ограничения способности к труду I степени;

- в случае катаракты (вне зависимости от генеза или стадии развития) у граждан, чья прежняя работа связана с постоянным воздействием лучистой энергии, вибрации, токсичных и других катарактогенных факторов, а перевод на другую работу сопряжен с потерей профессии либо снижением квалификации;

- в случае сочетания катаракты (вне зависимости от ее вида и стадии развития) на двух глазах или одном видящем лучше с изменениями в остальных структурах органа зрения, что делает невозможным труд в прежней профессии или требует профессионального переобучения;

- в случае развития катаракты со снижением остроты зрения до умеренной степени с нарушением бинокулярного (стереоскопического) зрения, что приводит к снижению зрительной работоспособности у граждан, чья работа требует полноценности перечисленных функций.

Таким образом, социальному работнику нужно иметь в виду, что он будет работать с лицами, которые могут относиться к категории инвалидов.

Также следует учитывать возрастную категорию пациентов – дети-инвалиды, подростки (учащиеся, студенты), молодые, взрослые и пожилые люди. Имея виду возраст и другие категории, нужно определить цели и задачи социально-медицинской реабилитации. К основным целям относятся восстановление утраченного статуса, социальной позиции пациента, достижение им определенного уровня социальной, медицинской и духовной независимости, повышение уровня адаптации пациента к новым условиям жизнедеятельности. В данном случае зависит от состояния больного после операции, вида катаракты и возможных осложнений после перенесенной операции. К конечной цели социально-медицинской реабилитации совместно с основными видами социальных технологий относится развитие в человеке в самостоятельной борьбе с трудностями, способности к сопротивлению негативным влияниям среды и мобилизация своих возможностей на создание собственного «Я».

## 2.2. Методы социально-медицинской реабилитации пациентов после факоэмульсификации хрусталика глаза

Послеоперационный период разделяют на 3 этапа:

1) первая неделя после операции – этот этап характеризуют болями различного характера как в самом глазу, так и вокруг него. Данный симптом успешно купируется с помощью нестероидного противовоспалительного препарата в той дозировке, которую прописал лечащий врач. Возможен прием обезболивающих медикаментов. Помимо боли, пациенты сталкиваются с отечностью век. Такое явление не требует приема лекарств, а снимается путем ограничения питья, правильной позой во время сна и пересмотром режима питания.

2) месяц после операции – в этот период острота зрения становится нестабильной при смене освещения. Если пациенту нужно читать, смотреть телевизор или работать за компьютером, то он должен надевать очки. Начиная со второй недели после операции по замене хрусталика глаза при катаракте, человек пользуется каплями по разработанной специалистами схеме. Обычно, это растворы с противовоспалительным и дезинфицирующим действием. Дозировка данных препаратов должна постепенно снижаться.

3) полгода после операции – завершающий этап длится дольше предыдущих, и на протяжении всего времени пациенту придется соблюдать предписанный режим. В том случае, если операция по удалению катаракты с заменой хрусталика проводилась лазером или ультразвуком, на этом этапе человек уже полноценно видит. Но если появилась необходимость, то можно носить очки или линзы.

Однако лечащий врач может установить индивидуальный график работы с пациентом в зависимости от состояния больного.

В период реабилитации после операции специалисты-офтальмологи рекомендуют:

не перенапрягать глаза – на протяжении всего реабилитационного периода человеку, которому был вставлен искусственный хрусталик, следует избегать перенапряжения зрения;

избегать поднятия тяжестей и резких наклонов – стоит учесть, что чрезмерная нагрузка может привести к повышению внутриглазного давления, смещению линзы или кровоизлиянию. запрещено резко двигаться на протяжении месяца после оперативного вмешательства. первые 30 дней человеку можно поднимать не более 3 килограмм.

не подвергать орган зрения резким температурным перепадам – в течение месяца нельзя ходить в баню, сауну, загорать и мыть голову слишком горячей водой. если игнорировать эти ограничения, то может развиваться внезапное кровотечение.

на срок до 4 недель, не злоупотреблять спиртным – откажитесь от спиртных напитков и сигарет. пейте меньше жидкости, исключите из рациона пряности, соль, жирные и жареные блюда, в противном случае могут возникнуть отёки

не тереть подвергшийся операции глаз – после операции возможно избыточное выделение слезной жидкости. вытирайте глаза только стерильными тампонами, смоченными в кипячёной воде. промакивать ватой можно только участок под глазом, а не сам глаз или ресницы.

На сайте [catarakta.ru](http://catarakta.ru) офтальмохирург, специалист по катаракте дает рекомендации в восстановительном периоде. Видео доступно по ссылке: <http://catarakta.ru/statyi/334-posle-operacii-katarakta.html>. Реабилитация во многом зависит от поведения и правильного соблюдения рекомендаций врача пациентом. Для сокращения периода реабилитации нужно закапывать все назначенные хирургом капли, причем строго по расписанию. Для профилактики осложнений после операции следует соблюдать ряд ограничений, о которых было упомянуто выше.

Об осложнениях после операции мы рассказывали в первой главе. В случае осложнений пациенту требуется дальнейшее лечение, которое может быть консервативным или хирургическим. Вторичную катаракту лечат ИАГ-лазером, с помощью которого производят перфорацию в центральном участке помутневшей задней капсулы. В раннем послеоперационном периоде у пациента может повышаться внутриглазное давление. При ВГД назначают антиглаукомные капли. При отеке роговицы назначают контактные линзы и терапию данной патологии. При астигматизме также назначаются контактные линзы, при выраженном астигматизме выполняют рефракционную операцию. При возникновении хориоидального кровотечения назначается комплексное лечение, которое включает кортикостероиды для местного и системного применения, антиглаукомные лекарственные препараты, средства, обладающие циклоплегическим и мидриатическим эффектом. Иногда может понадобиться и оперативное лечение.

К значительному снижению зрения либо его полной потере приводит эндофтальмит. Эндофтальмит – абсцедирующее воспаление внутренних структур глаза, приводящее к скоплению гнойного экссудата в стекловидном теле. При эндофтальмите отмечаются боли в глазном яблоке, отек и покраснение век и конъюнктивы, значительное понижение остроты зрения, гипопион. В диагностике эндофтальмита используется визометрия, исследование полей зрения, биомикроскопия глаза, диафаноскопия, офтальмоскопия, электроретинография, УЗИ глаза. Комплексное лечение эндофтальмита включает антибиотикотерапию, дезинтоксикационную, противовоспалительную, рассасывающую терапию; интравитреальные, парабульбарные или субконъюнктивальные инъекции, парацентез и промывание передней камеры; при тяжелом течении эндофтальмита – витрэктомия.

Витрэктомия – это оперативное вмешательство, предусматривающее полное или частичное удаление стекловидного тела. Данный метод лечения показан при разрывах или тотальной отслойке сетчатки, диабетической ретинопатии, превышении акустической плотности стекловидного тела 19 дБ,

травматическом повреждении или инородном теле глазного яблока. Для проведения операции осуществляют 3 микроразреза и подшивают специальную ирригационную систему. После удаления стекловидного тела требуется силиконовая тампонада с удалением ПФОС. Завершают витрэктомии накладыванием Х-образного викрилового шва. Зрительные функции после проведенного вмешательства постепенно восстанавливаются в течение 2-3 месяцев. При отягощенном анамнезе (миопия, сахарный диабет, пожилой возраст) продолжительность полной реабилитации достигает 6 месяцев.

Пациенты после операции могут вернуться к полноценной жизни, а также некоторые полностью перестают носить очки или контактные линзы, обретают утраченные навыки (чтение, вождение, занятие спортом).

После операции пациентов могут направить в реабилитационные центры или санатории. Работающим пациентам могут рекомендовать сокращенный рабочий день в восстановительный период. В реабилитационный период после удаления катаракты глаза на вашем столе должно быть много овощей и фруктов. В рационе должны преобладать продукты, богатые витаминами: А (твердые сорта сыра, кисломолочная продукция, морская капуста, чеснок и брокколи), Е (грецкие орехи, шпинат, калина, овсянка, подсолнечное масло, арахис, миндаль), С (цитрусовые, киви, томаты, клубника, хрен).

Выбор методов социально-медицинской реабилитации после фактоэмульсификации хрусталика глаза (катаракты) зависят от:

- возраста пациента,
- послеоперационного периода, осложнений,
- наличия инвалидности,
- работоспособности пациента,
- психологического состояния больного,
- степени адаптации в обществе.



## Консультации с офтальмологом (вопросы-ответы)

Женщина, 57 лет: Мне прооперировали (факоэмульсификация катаракты) оба глаза с интервалом 2 недели в июле этого года. Диагноз: осложненная катаракта, миопия высокой степени (-9), периферическая хориоретинальная дистрофия. Состояние после ограничительной лазеркоагуляции сетчатки (3 июля этого же года и в 2012 г тоже этот же глаз). Осложненная катаракта, миопия высокой степени (-12). После операции левого глаза зрение было 0,80% без коррекции. А потом снизилось и остановилось на 0,50, здесь еще у меня был и остался небольшой астигматизм. Но с правым все намного сложнее, во время операции мне вводили воздушный пузырь, и лежать нужно после операции целый день, все это я выполнила, и рассосался он где-то дня через 3. Зрение тоже низкое: то 0,5, то чуть выше. Капли все закапывала, как назначили, но этот глаз меня беспокоит: во-первых, после сна он видит хуже, где-то во второй половине дня лучше видит, но ежедневно какие-то дрожания и вибрации, как мигает лампочка вот такое и у меня ощущение в глазу целыми днями, у меня уже не выдерживает мозг. Что это может быть и пройдет ли оно вообще, ведь уже прошло 4 недели. И меня волнует то, что все-таки я рассчитывала на лучшее зрение, а оно у меня низковато.

Ответ: Такая адаптация к искусственным хрусталикам крайне редко, но бывает. Это временное явление. Острота зрения в ранний послеоперационный период не максимальная и улучшается со временем.

Мужчина, 34 года: Дочери в пять лет сделали факоэмульсификацию на обоих глазах. Через год появилась повторная катаракта на обоих глазах – в шесть лет сделали лазерную «чистку». Каждые полгода проходим аппаратное физиолечение.

Два вопроса:

1) проясните пожалуйста, как на прооперированном хрусталике-линзе могла вновь появиться катаракта? Стоит ли опасаться повторного появления помутнений? Есть ли способ как-то избежать рецидива?

2) можно ли ей заниматься спортом и когда можно начинать? Нам сейчас семь лет. Имеем огромное желание заниматься спортом – ребенок очень активный, подвижный. Хочу отдать либо в легкую атлетику, либо на балльные танцы. Дайте, пожалуйста, рекомендации по выбору вида спорта.

Ответ: После удаления катаракты у детей практически в 99,9% случаев развивается так называемая вторичная катаракта, при которой мутнеет уже не сама линза, а капсула, в которой она расположена. Чаще всего достаточно однократной «лазерной чистки», при качественном проведении необходимость в повторной процедуре бывает крайне редко. Занятия спортом девочке не противопоказаны (если нет другой патологии, кроме описанной), но желательно избегать чрезмерных физических нагрузок, поэтому лучшим выбором будет балльные танцы. После удаления катаракты ребенку показаны курсы лечения, направленные на повышение остроты зрения.

Женщина: Мне провели факоемульсификацию на оба глаза. Правый – уже месяц назад, а левый – около трёх недель. Через неделю после операции в левом глазу почувствовала дискомфорт. Окулист мне посоветовала капли и гель от сухости глаза, но после применения этих препаратов мне стало хуже. Появилось ощущение инородного тела в глазу и резь. И я сама заметила на внутренней стороне века ближе к внутреннему углу глаза пузырьки и покраснение. Этот прыщ или пузырёк, не знаю, как правильно назвать, трёт роговицу глаза и вызывает сильную резь. Опять пошла к врачу. Она сказала, что не видит инфекции, тем более что я на антибиотиках после операции, и она считает, что это на месте прокола такая реакция. Скажите, разве можно определить без анализа, есть ли инфекция в глазу. А вдруг это демодекоз или герпес, как это можно определить? У меня всё несколько осложнено тем, что я живу в Германии и не могу сама менять врачей: это сложно при сложившейся ситуации страховой медицины в Германии. Анализы, наверное, дорого стоят, и врач не хочет их назначать. Подскажите, пожалуйста,

ста, что мне делать может быть пойти к дерматологу. А может быть добиваться всё-таки анализов у врача. Необходимо ли это сделать анализ или действительно врач так может увидеть, что инфекции нет. Спасибо.

Ответ: По объективной картине вашего глаза (при осмотре) врач может предположить наличие инфекции в глазу. Герпес (по вашему описанию) маловероятно. Демодекс чаще проявляется воспалением век. По всей вероятности, у вас типовые особенности течения послеоперационного периода и лучше прислушиваться к мнению врача (может быть, будет иметь смысл поменять назначенные вам препараты).

Анализ обращений и вопросов на сайте показывает отношение людей к болезни о основные психологические позиции.

Отношение к болезни, в сущности, показывает все психологические категории, в рамках которых анализируется «внутренняя картина болезни». Это подразумевает достаточно многочисленные категории: такие как знание о болезни и ее осознание личностью, понимание роли и влияния болезни на «жизненное функционирование и эмоциональные, и поведенческие реакции, связанные с болезнью». В зависимости от преобладания стратегий адаптивного или дезадаптивного поведения пациентов в настоящем и будущем встречаются разнообразные варианты отношения к заболеванию: активная борьба с ним, либо безропотное принятие роли больного, возможно также влияние болезни и иные защитно-приспособительные механизмы личности.

Часто выявляется чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни, опасение, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, боязнь стать обузой для близких из-за болезни.

Отмеченная общая тенденция по-разному проявляется на разных этапах раннего послеоперационного периода и в разных клинических группах. Через сутки после операции связь боли с тревожно – депрессивными проявлениями наиболее выражена.

В дооперационном периоде связана с эмоциональным состоянием страхом перед самой процедурой.

В целом, можно сказать, что у большинства пациентов отмечается адекватное отношение к своей болезни, они готовы к сотрудничеству с медицинским персоналом и настроены на выздоровление.

На сайте <https://health.mail.ru/> проводятся консультации врачей по многим болезням. Дистанционные консультации офтальмолога целесообразно вести и в местных реабилитационных центрах города и области.

В следующем параграфе мы анализируем работу Центра Здоровья в городе Златоусте.

### 2.3. Опыт социально-медицинской реабилитации пациентов в Центре здоровья (г. Златоуст)

В городе Златоуст социально-медицинскую реабилитацию могут оказать в Центре здоровья (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Врачебно-физкультурный диспансер г. Златоуст" (ГБУЗ "ВФД г. Златоуст"). Он

находится по адресу улица Зеленая, 7 [см. приложение 2].

Задачами Врачебно-физкультурного диспансера являются:

1. Диспансерное наблюдение за лицами, занимающимися спортом;
2. Медицинский контроль за лицами, занимающимися оздоровительной физкультурой;
3. Медико-санитарное обеспечение спортивно-массовых мероприятий;
4. Медицинская реабилитация детского и взрослого населения.
5. Комплексное профилактическое обследование детей и взрослых в центре здоровья.
6. Санитарное просвещение и обучение граждан эффективным методам реабилитации.

В Центре здоровья наблюдение пациента, прошедшего операцию по удалению катаракты, длится до завершения восстановительного периода.

С катарактой на учете в 2015 г. состояло 139 чел., в 2016 – 144, в 2017 – 74. Реабилитацию после операций (катаракта в послеоперационный период) прошло в 2015 г. 908 чел., в 2016 – 766, в 2017 – 503 (табл. 1).

Динамика проведения реабилитационных и восстановительных мероприятий в Центре здоровья

| Кол-во обращений  | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|------|------|------|
| Всего обращений   | 3078 | 3016 | 1975 |
| Здоровые  | 1034 | 1437 | 950  |
| Глаукома (состоят на диагностическом учете)   | 51   | 49   | 31   |
| Впервые выявлена глаукома в Центре Здоровья   | 19   | 31   | 39   |
| Катаракта (состоят на диагностическом учете)  | 139  | 144  | 74   |
| Реабилитация после операций в Центре Здоровья (катаракта на постгоспитальном этапе) | 908  | 766  | 503  |

На сайте размещены статьи по профилактике различных заболеваний, в том числе о сохранении зрения. Присутствует подробная информация по глазным заболеваниям и рекомендаций пациентам, перенесшим операцию на глаза, в том числе фактоэмульсификацию хрусталика глаза. На сайте организована консультативная работа, он носит скорее информативный характер, а для обратной связи посетителям предлагаются номер телефона или адрес электронной почты. У Центра Здоровья также есть страница в социальных сетях [zlatvfd174.ru](http://zlatvfd174.ru), которая имеет обратную связь с посетителями, ведётся активное обсуждение и консультаций<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> [<http://zlatvfd174.ru/>]

Для пациентов, перенесших факоэмульсификацию хрусталика глаза, офтальмологом были разработаны общие рекомендации, которые размещены на сайт Центра Здоровья.

Общие рекомендации пациентам после факоэмульсификации хрусталика глаза (катаракты) (рис. 2):

1. Восстановительный этап не менее важен, чем операция!
2. Строгое соблюдение рекомендаций врача - залог быстрого восстановления!
3. Соблюдение постельного режима не является обязательным. Не следует спать на оперированной стороне и на животе в течение первых нескольких дней после хирургического вмешательства.
4. Во время умывания избегайте попадания мыла и воды в глаз. При мытье головы наклоняйте голову назад, а не вперед.
5. В послеоперационном периоде в течение первого дня рекомендуется ношение повязки на оперированном глазу с тем, чтобы защитить его от находящихся в воздухе пылевых частиц и воздействия яркого света.
6. Глазные капли нужны для более быстрого заживления и профилактики инфекционных осложнений. Как правило, после проведенной операции хирург назначает закапывание нескольких препаратов: дезинфицирующие капли, противовоспалительные капли или комбинированные препараты.
7. Не трите глаз и не давите на него.
8. По возможности носите солнцезащитные очки для защиты глаз от ультрафиолетового излучения.
9. Соблюдайте установленный график посещения врача, но при любых осложнениях немедленно обращайтесь к лечащему врачу!
10. Не пользуйтесь косметикой и желательно ограничьте себя на некоторое время от физических нагрузок.
11. Старайтесь не злоупотреблять спиртными напитками в течение 2 – 4 недель после операции.

## 12. Можно смотреть телевизор и читать.

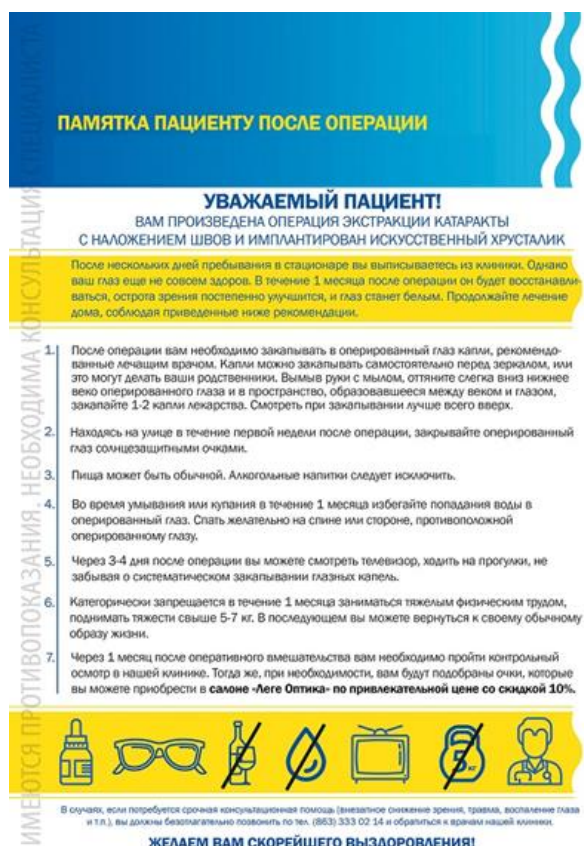


Рис. 2. Памятка пациенту после операции

Одним из направлений по улучшению качества лечения является организация школ, создание которых позволило повысить информированность пациента о данном заболевании. Школа пациентов — это новая форма, объединяющая врачей и пациентов, их родственников и друзей, для достижения основной цели «Общества больных катарактой» — остановить болезнь.

Школа пациентов — регулярные встречи пациентов, проводимые во многих городах и регионах нашей большой страны с участием: пациентов, их родных и близких; специалистов в области медицины;

Школа пациентов — наглядное доступное и полезное мероприятие, которое даёт самое главное понимание о том, что катаракту можно и нужно остановить.



Цели Школы пациентов:

Обеспечить пациентов и их близких необходимыми знаниями о катаракте, современных методах лечения и диагностики катаракты;

Информацию, необходимую пациенту для лечения и борьбы с болезнью, донести ему в понятной и доступной форме;

Дать возможность личной встречи со специалистами в не формальной обстановке;

Предоставить возможность активно участвовать в новой форме социальной активности, помогая себе и другим.

Задачи Школы пациентов:

Увеличение числа людей, знающих о возможностях современного лечения и методах борьбы с катарактой;

Выявление насущных проблем пациентов в целом по стране и в каждом регионе в отдельности.

К каждому занятию разработан методический план его проведения с описанием методологии занятия. Каждое занятие включает информационный материал и активные формы обучения, направленные на развитие умений и практических навыков у пациентов: измерения артериального давления (АД), навыкам закапывания капель, упражнениям для глаз. Обучение проводится в виде групповых занятий и принципиально отличается от простых бесед с пациентами на те или иные темы, связанные с катарактой. Все лекции хронометрированы и приведены чёткие инструкции по ведению занятий.

В основной части представлена информация для преподавателя, которую он может излагать по теме занятия. Информация по каждой теме достаточно объемна по содержанию. Врач, владеющий знаниями по каждой из тем, не должен стремиться представить слушателям весь материал. Знания предмета позволят врачу грамотно ответить на вопросы слушателей. В не-

которых случаях аудитория «Школы» может быть не заинтересована в таком подробном изложении материала, поэтому часть информации преподаватель может «пропустить». В материалах основной части занятия приводятся примеры наиболее часто задаваемых слушателями вопросов и ответов на них. К каждому занятию разработана практическая часть.

Для оценки знаний и получения обратной связи по каждой из рассматриваемых тем предложены тестовые вопросы с вариантами правильных ответов. В завершении каждого занятия преподаватель проводит итоги и может раздать слушателям наглядный материал по основным вопросам рассматриваемой темы. В качестве наглядного материала может использоваться информация из основной части занятия или приложений.

Каждое занятие завершается списком литературы, которая либо использовалась при составлении занятия, либо может быть использована в расширенном варианте при освещении тех или иных тем, а также приложениями. Информация, представленная в приложении, может быть использована по усмотрению преподавателя при освещении определенных разделов представленных тем или при ответах на вопросы слушателей.

Таким образом, обсуждение с пациентами предложенных тем позволит не только повысить их информированность о заболевании и мотивацию к соблюдению режима лечения, но и предоставит реальные возможности приостановить прогрессирование катаракты, снизить количество осложнений и инвалидизацию больных, тем самым сохранит зрение и трудоспособность пациента на более продолжительное время.

Информация о Школе, ее участниках, отчеты о прошедших занятиях, полезные материалы, вопросы пациентов к врачам, а также ответы на них публикуются на сайте ([www.organum-visus.com](http://www.organum-visus.com)).

В мире широко распространены формы самоорганизации больных катарактой (Всемирная ассоциация пациентов, страдающих катарактой, Общества и школы больных). В нашей стране эти формы взаимопомощи в про-

цессе реабилитации носят во многом стихийный характер. Системе социальной защиты целесообразно совместно с врачами-офтальмологами координировать эту деятельность и помогать в ее осуществлении (предоставление консультантов, помещений для занятий, возможности печатных и Интернет-публикаций и т.п.).

Поддержку в этом могут оказать также СМИ, которые пока мало уделяют внимание проблеме помощи больным катарактой.

Качество жизни (качества жизни) – это собирательное понятие, применяемое в различных областях человеческих знаний и обозначающее оценку некоторого набора условий и характеристик жизни человека, обычно основанную на его собственной степени удовлетворённости этими условиями и характеристиками [3].

В медицине под качеством жизни (англ. health related quality of life, HRQL; качества жизни, связанное со здоровьем) понимают совокупную характеристику физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемую исходя из его субъективного восприятия [4].

На сегодняшний день не существует унифицированных критериев и стандартных норм изучения качества жизни в медицине. Стандартизированные методики исследования качества жизни предполагают использование специального опросника, который заполняется непосредственно пациентом. Каждый опросник включает определенные критерии и шкалу оценки, при этом при расчете значений нормы следует учитывать национальные, региональные и нозологические особенности опрашиваемого [11].

Социология медицины работает, главным образом, с теми аспектами качества жизни, которые связаны со здоровьем и которые получили общее наименование «связанное со здоровьем качество жизни». Содержание этого понятия можно представить как зону пересечения областей двух определений, данных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для качества жизни: «восприятие индивидуумами своего положения в жизни в контексте

культуры и системы ценностей той среды, в которой они живут, в неразрывной связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами» и для здоровья: «полное физическое, психологическое и социальное благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания».

Такое определение связанного со здоровьем качества жизни в случае наличия определенного типа патологии приводит к тому, что появляется необходимость исследовать некоторое множество факторов, определяющих это качество жизни в условиях воздействия множества факторов, связанных с конкретной патологией [2].

В последние годы наблюдается значительный рост интереса к понятию «качество жизни» (КЖ) со стороны представителей различных областей медицины, в том числе офтальмологов, и увеличение числа публикаций по данной проблеме [3]. Первые попытки всестороннего изучения последствий снижения зрительных функций, в частности, при катаракте, для повседневной жизни больного были предприняты датским исследователем Bernth Peterson еще в начале 1980 гг. [3; 5; 6], однако долгое время его работы не получали дальнейшего продолжения.

Интерес к качеству жизни больных с различными видами офтальмопатологии возник после опубликования в 1997 г. Lee, et al. [7] результатов масштабного исследования КЖ лиц со зрительными расстройствами с использованием опросника SF36 и последующим сопоставлением результатов с показателями КЖ лиц с нарушениями других органов и систем.

В последние годы значительно изменился взгляд на процесс лечения и на роль больного в процессе лечения. Больше внимание стало уделяться оценке больным, процессу лечения заболевания, медицинскому персоналу, проводящему лечение, родным и близким.

В целом указанная оценка характеризуется термином «оценка качества жизни». Важность такого подхода состоит в том, что внимание медиков больше фокусируется не на отдельной болезни и ее симптомах, а на паци-

енте как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами [1; 4].

Таким образом, потребность в комплексном изучении особенностей динамики связанного со здоровьем качества жизни пациентов, страдающих патологией зрительного анализатора, наряду с недостаточной освещенностью в доступной литературе данной проблемы, определяет актуальность настоящего исследования.

Основные требования к современным опросникам были сформулированы в работе Р. Kosmidis [11]: универсальность, надежность, чувствительность к изменениям состояния здоровья каждого пациента, воспроизводимость, простота в использовании. Кроме того, опросники должны быть стандартизированными – т.е. иметь единый вариант стандартных вопросов и ответов для всех респондентов; и обладать возможностью количественной оценки показателей психофизического благополучия.

К наиболее распространенным общим опросникам в Европе относится EuroQol (EQ-5D), в США признание получил американский опросник SF-36 и его модификации (SF-22, SF-20, SF-12). Опросник SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study, Короткая форма исследования медицинских результатов) был создан J.E. Ware (The Health Institute, New England Medical Center, Boston, США – Институт здоровья, Медицинский центр Новой Англии, Бостон) [21]. Он включает 36 вопросов по 8 сферам жизни пациента [22].

Первые исследования качества жизни больных при катаракте были проведены группой ученых из Дании под руководством Р. Bernth-Peterson в начале 80-х годов прошлого века. Однако настоящий переворот в понимании значения качества жизни для офтальмологических пациентов произошел после обнародования результатов крупномасштабного исследования Р.Р. Lee с соавт. [12] в 1997 г. Результаты исследования качества жизни при различных видах глазной патологии установили их значительное воздей-

ствие на степень психического комфорта и адаптации человека, превосходящее влияние сердечно-сосудистых, онкологических и других заболеваний, которые могут представлять непосредственную угрозу для жизни человека. В последующие годы было проведено большое количество исследований качества жизни в офтальмологии, в основном у больных с катарактой, глаукомой и возрастной макулярной дегенерацией сетчатки [8, 23].

Большинство опросников, предназначенных для пациентов с глазными болезнями, используются одновременно с одной из общих методик оценки качества жизни, поскольку до сих пор не создано универсального офтальмологического опросника [2]. Широкое распространение в офтальмологии получили опросники ADVS, NEI–VFQ и VF–14 [3].

Самым обширным офтальмологическим опросником на сегодняшний день является NEI–VFQ (NEI–VFQ – National Eye Institute Visual Function Questionnaire, Анкета зрительных функций), разработанный в середине 90-х годов прошлого века учеными Национального Института Глаза (National Eye Institute), США [23]. NEI–VFQ состоит из 51 вопроса, которые оценивают состояние по 13 различным показателям: общее здоровье, общий показатель состояния зрительных функций, глазная боль, зрение вдаль и зрение вблизи, периферическое зрение, цветовое зрение, вождение автомобиля, участие в общественной жизни, психическое здоровье в связи с изменением зрения, ожидаемые изменения в состоянии зрительных функций, ограничения в привычной деятельности и степень зависимости от окружающих в связи с состоянием зрительных функций.

Поскольку ответы на большое количество вопросов требуют от больных значительных усилий, в последующем были предложены сокращенные варианты опросника, включающие 25 и 39 пунктов. В настоящее время накоплен большой опыт применения данного опросника при исследовании пациентов с возрастной макулярной дегенерацией, пролиферативной диабетической ретинопатией (ПДР), ретинитами различной этиологии, глаукомой, катарактой и т.д. [22].

В настоящее время создано более десяти специальных опросников, предназначенных для пациентов с катарактой, среди них Cataract Symptom Scale (Шкала симптомов катаракты), Cataract Type Specification (Спецификация типа катаракты), Catquest-9SF (Опросник при катаракте), Cataract Outcomes Questionnaire (Анкета результатов катаракты) и др. [13, 14]. По результатам ряда работ установлено преимущество опросника Catquest-9SF, состоящего из 9 пунктов, перед другими тестами ввиду простоты и удобства последнего для практического использования [14]. В ходе многочисленных исследований выявлено значительное влияние развития катаракты на уровень качества жизни пациентов и достоверное улучшение качества жизни после оперативного удаления помутневшего хрусталика, вне зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей глазной патологии [5, 9, 18].

В настоящее время исследование качества жизни проводится для определения преимуществ оптической коррекции различными видами ИОЛ (традиционными, торическими, мультифокальными и т.д.) или той или иной хирургической техники – факоэмульсификации или лазерной экстракции катаракты [7]. Одним из актуальных вопросов современной хирургии катаракты является влияние оперативного лечения второго глаза на показатели качества жизни – большинство авторов указывают на значимое улучшение уровня психофизического комфорта после удаления помутневшего хрусталика на парном глазу, особенно при низком исходном зрении [19]. Существует и противоположное мнение о том, что хирургическое удаление катаракты на контралатеральном глазу не оказывает достоверного влияния на показатели качества жизни [18]. В ряде работ установлена достоверная взаимосвязь между послеоперационным уровнем качества жизни при экстракции катаракты и показателями контрастной чувствительности, аналогичная зависимость в отношении остроты зрения не выявлена [5].

В зарубежной офтальмологической практике при проведении изучения качества жизни наиболее часто используется сокращенный вариант опросника NEI–VFQ – VFQ-25. Большое количество исследований качества

жизни было проведено в Японии с использованием адаптированной версии опросника VFQ-25, учитывающей особенности культуры и стиль жизни местного населения [16].

Считается, что операции на стекловидном теле и сетчатке относятся к одним из самых сложных в офтальмологии, следовательно, они в наибольшей степени влияют на качества жизни больных. Так, при сравнительном исследовании качества жизни у пациентов после экстракции катаракты и различных витреоретинальных операций достоверное преимущество по уровню психофизического комфорта пациентов в послеоперационном периоде обнаружено в первом случае [15]. При опросе пациентов с различной витреоретинальной патологией было установлено, что максимальные предоперационные значения качества жизни определялись у больных с эпиретинальной мембраной и макулярным отверстием, в то время как показатели при ПДР, диабетическом макулярном отеке (ДМО) и тромбозе ЦВС были существенно ниже.

Авторы объясняют данное явление преимущественно билатеральным характером поражения зрения при ПДР и ДМО, а также выраженной системной патологией, обычно сопутствующей окклюзии ЦАС или ЦВС. После проведения витрэктомии отмечалось достоверное улучшение значений качества жизни и снижение уровня метаморфопсий, которые коррелировали с до- и послеоперационным уровнем качества жизни [16]. Данные наблюдения совпадали с результатами исследований группы ученых из Великобритании, применявших опросники VFQ-25 и SF-36 у пациентов с эпиретинальной мембраной до операции и спустя 4 месяца [6].

В ходе исследования было установлено, что, несмотря на отсутствие достоверного улучшения остроты зрения в результате проведения оперативного лечения, витрэктомия приводит к повышению качества жизни и снижению частоты метаморфопсий у пациентов. Группа авторов из Германии [10] провела исследование при помощи опросника VFQ-25 о взаимосвязи



качества жизни и различных зрительных функций (остроты зрения, толщины центральной зоны сетчатки) при оперативном лечении макулярного отверстия. Достоверного взаимного влияния различных показателей выявлено не было, по мнению авторов, максимально высокого уровня качества жизни после операции достигают те пациенты, которые исходно имели низкие зрительные функции и страдали от психоэмоционального дискомфорта. Также сходное исследование с применением опросника VFQ-25 у пациентов с макулярным отверстием было проведено канадскими офтальмологами [17]. Было установлено достоверное улучшение значений качества жизни (общая оценка зрения, острота зрения вблизи, психическое здоровье, ролевые трудности, зависимость от посторонней помощи), а также остроты зрения больных при проведении витрэктомии.

Некоторые отечественные авторы предпринимали попытки разработки собственных офтальмологических опросников для оценки качества жизни. Большинство из них представляют собой различные русифицированные адаптированные варианты наиболее известных зарубежных опросников и предназначены для тестирования больных с глаукомой. В 2008 г. в отделении травматологии, реконструктивной хирургии и протезирования Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца под руководством профессора Р.А. Гундоровой был создан специальный опросник для применения при сочетанной травме глаза, который включает 19 вопросов.

Принцип данного опросника основан на сочетании двух факторов: зависимость того, как отражается травма глаза, в сочетании с поражением других органов или систем на определении качества жизни больными. Проведенные исследования показали снижение показателей качества жизни пациентов с сочетанной травмой глаза как при оценке общего самочувствия, так и в связи с заболеванием, при этом в наибольшей степени ухудшались значения эмоциональной сферы (общее состояние здоровья и зрения, психическое здоровье, ролевые ограничения и т.д.). М.Н. Денкевиц с соавт. [1] предложила «Опросник для оценки качества жизни больных катарактой»,

который включает 17 вопросов, составляющих 4 блока: субъективные ощущения, связанные с наличием глазного заболевания; оценка зрительных функций на различном расстоянии; уровень социальной адаптации и степень общего психологического комфорта. Предложенный опросник, благодаря простоте использования и четкой структуре, получил достаточно широкое распространение в оценке качества жизни у больных при проведении факоемульсификации [1].

Несмотря на относительно небольшой период активного использования в медицинской практике, определение качества жизни приобретает все более широкое распространение и врачебное признание. Проведение оценки качества жизни у пациентов с глазной патологией позволяет узнать бесценную информацию о психофизическом состоянии больного и проследить его изменения в процессе лечения. Поэтому сведения, полученные при исследовании качества жизни пациентов, в совокупности с данными традиционного офтальмологического обследования в настоящее время расцениваются как важный критерий эффективности лечебно-профилактических мероприятий у больных с нарушением зрительных функций. Главной перспективной задачей при исследовании качества жизни, связанной с различными глазными заболеваниями, остается разработка универсального офтальмологического опросника.

Исследование проведено на базе Центра здоровья (г. Златоуст). Обследовано 100 пациентов в возрасте 44—83 года, которым была проведена операция факоемульсификации катаракты, и на этапе подготовки к операции проведено интервьюирование с помощью опросника ВОЗКЖ-100. Опрос проводился до и после операции.

Общая оценка психологического статуса пациентов по каждой из 6 психологических шкал (сфер) проводилась в соответствии с рекомендуемой оценкой градаций: психологическая оценка по каждой сфере качества жизни отмечалась как очень плохая, если пациент набирал по данной шкале

не более 6 баллов; качество жизни, оцениваемое пациентом, характеризовалось как «плохое», если пациент набирал по данной шкале 7—8 баллов. Оценка качества жизни пациента по анализируемой сфере характеризовалась как «среднее», если пациент набирал по данной шкале 8—10 баллов. Аналогично, оценка «хорошо» соответствовала тому, что пациент по данной сфере набирал 11—13 баллов. Оценка «отлично» ставилась, если пациент по данной сфере набирал более 18 баллов.

Статистическая оценка изменений индекса качества жизни в динамике проведена с использованием матрицы 5 x 5, в которой в виде накопленных частот отмечались пациенты с оценками до и после операции. По строкам ставилась оценка качества жизни до операции: 1-я строка характеризовала оценку «очень плохо»; 2-я строка — оценку «плохо»; 3-я — характеризовала «среднюю оценку»; 4-я — оценку «хорошо» и 5-я строка — характеризовала оценку «отлично». Аналогичные градации оценок имели столбцы матрицы. В случаях если пациент отмечал одинаковую оценку качества своей жизни до и после операции, данный факт в матрице характеризовался увеличением частоты в одной из клеток главной диагонали матрицы частот. Результаты статистической обработки приведены в табл. 2.

Таким образом, до операции 62 пациента оценивали качество своей жизни в физической сфере как «удовлетворительное». После операции у 37 пациентов оценка качества жизни не изменилась, но 25 пациентов оценили свое качество жизни в физической сфере оценкой «хорошо».

Полученные матрицы обобщенной оценки до и после какого-либо события (в нашем случае событием являлась операция по поводу катаракты) в сжатом виде свидетельствовали об изменении оценки качества жизни в одной из 6 сфер.

Вид матрицы обобщенной оценки качества жизни  
по физической сфере до и после операции по удалению катаракты

| Оценки                      | Очень<br>плохо | Плохо | Удовлетвори-<br>тельно | Хорошо | Очень<br>хорошо |
|-----------------------------|----------------|-------|------------------------|--------|-----------------|
| Очень<br>плохо              | 0              | 0     | 0                      | 0      | 0               |
| Плохо                       | 0              | 0     | 8                      | 0      | 0               |
| Удовле-<br>твори-<br>тельно | 0              | 0     | 37                     | 25     | 0               |
| Хорошо                      | 0              | 0     | 0                      | 30     | 0               |
| Очень<br>хорошо             | 0              | 0     | 0                      | 0      | 0               |

На основе полученных матриц дана единая оценка изменений по анализируемой сфере, которые произошли после некоторого события, в которой учитывалось, что все значения частот, которые лежали выше главной диагонали матрицы (в матрице, приведенной выше, – это значения 8 и 25), характеризовали пациентов, у которых улучшились оценки качества жизни. Значения частот, лежащих на главной диагонали (значения 37 и 30), характеризовали пациентов, у которых оценка качества жизни не изменилась. Значения частот, лежащих ниже главной диагонали (в матрице, приведенной выше, все значения ниже главной диагонали равны 0) характеризовали пациентов, у которых оценка качества жизни ухудшилась.

Обобщенная оценка изменений качества жизни рассчитывалась дробью (знаменатель – число пациентов, которые оценивались по данной шкале, числитель дроби – сумма частот, стоящих выше главной диагонали

минус сумма частот, стоящих ниже главной диагонали). Таким образом, изменение оценок качества жизни в физической сфере после проведенной операции по удалению катаракты составило  $0,33 = (8 + 25 - 0)/100$ .

Результаты исследований изменений оценки психологической сферы представлены в табл. 3.

Таблица 3

Значения обобщенных оценок изменений качества жизни по 6 сферам, которые отметили пациенты после операции по удалению катаракты

| Показатель                 | Значение |
|----------------------------|----------|
| Психологическая сфера      | 0,42     |
| Физическая сфера           | 0,33     |
| Духовная сфера             | 0,29     |
| Окружающая среда           | 0,27     |
| Уровень независимости      | 0,24     |
| Социальные взаимоотношения | 0,24     |

Важно отметить, что после операции по удалению катаракты наиболее значительные изменения оценки качества жизни происходят в психологической сфере. Кроме того, оценивались и изменения в физической сфере. Каждый третий пациент после операции по удалению катаракты отмечал улучшение качества жизни в физической сфере.

При этом незначительные изменения качества жизни пациентов установлены в сферах, характеризующих как «уровень независимости» и «социальные отношения».

В ходе проведенного исследования установлено, что изменения психологической сферы происходят за счет изменения субсферы «F7. Образ

тела и внешность». 48 пациентов из 100 пролеченных отметили улучшение образа тела и своей внешности после операции по удалению катаракты. Несмотря на то, что в сфере «Окружающая среда» лишь 27 пациентов из 100 отметили улучшение (табл. 2), 43 пациента из 100 пролеченных больных указали, что после операции улучшилась их оценка по субсфере «F16. Физическая безопасность и защищенность». При этом оценка психологической сферы свидетельствовала о том, что после операции по удалению катаракты самые незначительные из изменения происходят в субсфере «F9. Подвижность».

Результаты проведенного исследования по оценке изменений оценки качества жизни после операции удаления катаракты свидетельствуют о том, что наибольшие изменения в оценке качества жизни пациента после операции удаления катаракты происходят в психологической и физической сферах, незначительные изменения в оценке качества жизни пациента после операции удаления катаракты происходят в сфере оценки независимости и сфере социальных отношений.

Оценивая изменения качества жизни по субсферам, можно отметить, что после операции удаления катаракты наибольшие изменения происходят в субсфере оценки образа тела и внешности, а также в субсфере жизненной активности.

Предлагаемые мероприятия по социально-медицинской реабилитации пациентов в Центре здоровья:

1. При обследовании пациентов с патологией хрусталика необходимо изучать их субъективный статус с помощью опросника для оценки качества жизни до и после хирургического лечения. На поликлиническом приеме предпочтительно исследование качества жизни путем анкетирования пациента с помощью «бумажных» носителей, а для пациентов, имеющих доступ on-line - компьютерной программы.

2. При оценке проводимого лечения рекомендуется учитывать резуль-

таты исследования качества жизни методом анкетирования, обращая внимания на ожидания больного от результатов хирургического лечения.

3. Разработанная технология исследования качества жизни позволяет провести оценку субъективного состояния больных с патологией хрусталика до и после фактоэмульсификации катаракты, оперированных в стационарных и амбулаторных условиях.

4. Выявлены ведущие факторы, влияющие на субъективное восприятие своего состояния больными с помутнением хрусталика до и после хирургического лечения.

5. Разработанные опросник и компьютерная система позволяют оценить качество жизни больных до и после экстракции катаракты.

Предложенные мероприятия помогут социально-психологической адаптации с осознанием себя равноправным членом общества, преодоление страхов, зависимости, робости. Большое внимание должно уделяться личностным изменениям, личностному формированию инвалидов по зрению. Успешность адаптации во многом зависит от того, какие личностные качества будут сформированы в первую очередь сюда входят:

- представления о себе самом, отношение к себе и отношение к другим людям;
- отношение к жизненным целям, отношение к прошлому и будущему, отношение к жизненным ценностям;
- отношение к непосредственному социальному окружению, отношения с другим полом.

Конечной целью является достижение такого психологического состояния, когда человек воспринимает свой зрительный дефект как одно из своих качеств, т.е. определенную индивидуальную характеристику, отличающую его от других, но не более того. Достижение такого состояния возможно только при определенной психологической работе и, кроме того, при адекватном отношении к нему со стороны социального окружения, т.е. при определенной психологической поддержке широкого круга людей.

Изучение динамической оценки психологического состояния у больных с катарактой, дает возможность оценить, как болезнь и ее лечение влияют на психоэмоциональное состояние человека и прогнозировать исход операции катаракты. Результаты исследования психоэмоционального состояния и оценки качества жизни позволят составить индивидуальную программу психологической подготовки пациентов перед операцией и послеоперационной реабилитации с учетом индивидуальных особенностей личности.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ предоставленных источников показал, что комплексный подход к решению проблемы социально медицинской реабилитации больных катарактой может быть реализован с помощью социологии и медицины. Большинство офтальмологических пациентов имеют тревожный тип отношения к болезни (73%). Большинство пациентов (68%) предпочитают так называемых «сопереживающих» врачей.

В восприятии пациентов: основную роль они приписывают врачу (54%), на втором месте – средний медперсонал и социальные работники (19%), на третьем - родственники (18%). Это может быть интерпретировано как высокое доверие к специалисту, а с другой стороны -как результат недостаточной компетентности больного в медицинских вопросах, дезориентации в новых формах медицинского обслуживания.

Программа социально-медицинской реабилитации больных катарактой должна включать не только послеоперационный этап, как это принято сейчас, но все этапы ведения больного: диагностику, собственно лечение (терапевтическое и/или хирургическое), диспансерное наблюдение, психологическую реабилитацию, социальную адаптацию.

Особое значение для эффективной социально-медицинской реабилитации больных катарактой имеет информированное согласие, которое дисциплинирует больного и позволяет врачу более уверенно проводить реабилитационные мероприятия

Роль специалистов в социально-медицинской реабилитации пациентов после факоемульсификации хрусталика глаза (катаракты) очень важна, поэтому необходимо вести работу по профилактике глазных болезней, а также знать все технологии работы с клиентами на разных этапах. Пациенты, которых коснулась эта болезнь, имеют право знать о ней, о методах ее лечения, об операциях и возможных осложнениях, знать, куда обращаться

после операции и где получать консультацию и помощь квалифицированных специалистов. Это не должно зависеть от их материального положения, статуса и других критериев. В первой главе дипломной работы мы подробно рассказали о катаракте и фактоэмульсификации хрусталика глаза. Не только специалисты, но и обычные люди должны знать о симптомах болезни. А специалисты должны уметь составлять психологический портрет пациентов с катарактой и быть в курсе социально-психологических проблем послеоперационного периода.

Вторая глава дипломной работы была отведена проблеме социально-медицинской реабилитации после операции. Социальный работник, который числится в медицинском учреждении или реабилитационном центре, должен иметь и медицинское образование, и быть компетентным специалистом в сфере социальной работы. Ему приходится работать с пациентами разных возрастов и категорий. О том, какая реабилитация проводится с пациентами в послеоперационный этап, речь идет в последней главе. Мы пришли к выводу, что очные и заочные консультации с пациентами позволяют работать индивидуально, хотя они не могут быть заменены друг с другом.

Результаты проведенного исследования по оценке изменений оценки качества жизни после операции удаления катаракты свидетельствуют о том, что наибольшие изменения в оценке качества жизни пациента после операции удаления катаракты происходят в психологической и физической сферах, незначительные изменения в оценке качества жизни пациента после операции удаления катаракты происходят в сфере оценки независимости и сфере социальных отношений.

Оценивая изменения качества жизни по субсферам, можно отметить, что после операции удаления катаракты наибольшие изменения происходят в субсфере оценки образа тела и внешности, а также в субсфере жизненной активности.

Мероприятия по социально-медицинской реабилитации пациентов в Центре здоровья:

1. При обследовании пациентов с патологией хрусталика необходимо изучать их субъективный статус с помощью опросника для оценки качества жизни до и после хирургического лечения. На поликлиническом приеме предпочтительно исследование качества жизни путем анкетирования пациента с помощью «бумажных» носителей, а для пациентов, имеющих доступ on-line - компьютерной программы.
2. При оценке проводимого лечения рекомендуется учитывать результаты исследования качества жизни методом анкетирования, обращая внимания на ожидания больного от результатов хирургического лечения.
3. Разработанная технология исследования качества жизни позволяет провести оценку субъективного состояния больных с патологией хрусталика до и после факоемульсификации катаракты, оперированных в стационарных и амбулаторных условиях.
4. Выявлены ведущие факторы, влияющие на субъективное восприятие своего состояния больными с помутнением хрусталика до и после хирургического лечения.
5. Разработанные опросник и компьютерная система позволяют оценить качество жизни больных до и после экстракции катаракты.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аветисов Э.С. Близорукость. Практическое пособие. – М.: Москва «Медицина», 1999.-18-24с.
2. Астахов Ю.С. Лекарственный справочник врача-офтальмолога: Справочное пособие. – М.: Санкт-Петербург, 2002.-108 с.
3. Бойкота Н.Н. Офтальмология: Учебное пособие. – М.: РИОР, 2007. – 320 с.
4. Балашевич Л.И. Экономические и профессиональные проблемы внедрения факоэмульсификации катаракты : сборник научных статей. — М.: Москва, 2001.
5. Варламова С.Н. Латентная нетрудоспособность характер, факторы, масштабы. — М.: Социологические исследования. 2009. №5.
6. Дуглас Дж. Ри. Атлас глаукомы. — М.: Москва, «Медицина» 2000. – с.142-145.
7. Дементьева Н.Ф. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы: учеб. пособие для студ. учреждений высшей проф. образования – 2-е изд., испр. и доп.- М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 272 с. – (Сер. Бакалавриат).
8. Двали М.П Гибкие ангулярные ИОЛ при травматических катарактах. – Тез. доклад «Новые литературные данные и лечение повреждений органа зрения». Калининград, 1987. - с.96-97.
9. Е.А. Егоров Национальное руководство по глаукоме для поликлинических врачей. — М.: Москва, 2008.- с.42-44.
10. Исакова И.А. Качество жизни больных катарактой : автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.05 — М.: ВГМУ. – Волгоград, 2010. – 157 с.
11. Катаракта: Монография (под ред. Веселовской З.Ф.) — М.: Книга плюс. – 2002, 208 с.

- 12.Ковалевский Е. И. Глазные болезни. Атлас: Руководство к практическим знаниям. — М.: Медицина, 1985. 280 с.
- 13.Ковалевский Е. И. Офтальмология: Учебник. — М.: Медицина, 1995.— 480 с: ил. [8] л. ил. — Учеб. лит. Для студентов мед. ин-тов).
- 14.Копаева В. Г. Глазные болезни: Учебник — М.: Медицина, 2002. 560 с: ил. (Учеб. лит. Для студентов мед. вузов).
- 15.Краснов М.М. О некоторых значимых событиях за последние 20 лет. — М.: Вестник офтальмологии. 2004. - № 1. — с.7-9.
- 16.Краснов М.М. Микрохирургия глауком — М.: Медицина, 2010. 175с.
17. Копаева В.Г. Глазные болезни: учебник — М.:Литрес,2002. 201-203с.
- 18.Кузнецова Л.П. Основные технологии социальной работы: Учебное пособие. — М.: Владивосток. ДВГТУ, 2002. – 92 с.
- 19.Кузнецов С. Л. Способ интраокулярной коррекции при экстракции травматической катаракты, сопровождающейся разрывом задней капсулы и гиалоидной мембраны. — М.: Новое в офтальмологии. 2000. -№1. - с.65.
- 20.Куренков В.В. Перспективы развития рефракционной хирургии: Рефракционная хирургия и офтальмология. — М.: Питер,2003. -Т.1. - №1. - с.6-7.
- 21.Литвак А.Г. Тифлопсихология: Учеб.пособие для студентов пед.ин-тов по спец. №2111 «Дефектология». – М.: «Просвещение», 1985. [Электронный ресурс] — Режим доступа: [http://www.studmed.ru/view/litvak-ag-tiflopsihologiya\\_00a72278ef5.html](http://www.studmed.ru/view/litvak-ag-tiflopsihologiya_00a72278ef5.html)
- 22.Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы. — М.: Гардарики, 2007. – 159с.
- 23.Малюгин Б.Э. Медико-технологическая система хирургической реабилитации пациентов с катарактой на основе ультразвуковой факоэмульсификации с имплантацией интраокулярной линзы. 2-е изд., испр. — М.: ЭКСПО — 2007. 418с.
24. Медведев И. Б. Фотодинамическая терапия в офтальмологии. – М.: Москва «Медицина».2006,с.133

- 25.Мошетова Л.К. Клинические рекомендации по офтальмологий. – М.: ФМСмед — 2010. 148с.
- 26.Неотложная офтальмология: Учеб.пос./ Под ред. Е.А. Егорова. 2-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2005. – 184 с. ил.
- 27.Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград. – М.: ВолГМУ.2002.
- 28.Передерий В.А. Глазные болезни. Полный справочник. – М.: Эксмо, 2008. – 704 с.
29. Розеиблюм Ю.З. Оптометрия. Практическое пособие. . – М.: Дрофа-Мед,2001.12-34 с.
- 30.Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. — М.: «Полиграф сервис», 2000 - 126 с.
- 31.Социальная работа: теория и практика: Учеб. Пособие / Отв. ред. Д.и.н., проф. Е. И. Холостова, д.и.н., проф. А. С. Сорвина. — М.: ИНФРА — М.: 2001. — 427с.
- 32.Офтальмология. Учебник/ Под ред. Е.И.Сидоренко. – 2-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 408 с. ил.
- 33.Тейлор Д. Детская офтальмология. Пер.с англ. — М.: «Издательство БИНОМ», 2007. – 248 с.
- 34.Фокин В.П. «Влияние технологий МНТК «Микрохирургия глаза на показатели слепоты и слабовидения, инвалидности по зрению и перспективы развития офтальмологической помощи населению».— М.: Офтальмохирургия. 2006. №3. С.49.
35. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. – 4-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2006. – 340 с.
- 36.Хватова А.В. Заболевания хрусталика глаз у детей. — М.: Медицина, 1982. - 200с.
37. Шахова Е.В Слепота и инвалидность вследствие офтальмопатологии в России.— М.: Медицина, 2007. -183с.

38. Шамшинова А.М. Функциональные методы исследования в офтальмологии, практическое пособие. .–М.: Санкт-Петербург,2001,-83-85с.

39. Шорихина О.М. Психические нарушения у пациентов с различными видами катаракты и при аномалиях рефракции. – М.: Владивосток, ДВГТУ, 2002.

40. Южаков А.М Состояние офтальмологической помощи в Российской Федерации . – М.: Съезд офт. России, 12-й. - р. тез. докл. 2011. - Ч. 2. - С. 230-231.

41. Agarwal A. — М.: Ocular Surgery News. 1999. - Vol.17. - №7. - с.5-8.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение 1

Заболеваемость детского населения России (0-17 лет) в 2016 году  
(Статистические материалы). – М., 2016. – 148 с. С. 49-50

| Субъекты Федерации                         | Зарегистрировано больных: дети ( 0 – 17 лет)<br>(с диагнозом, установленным впервые в жизни) |           |                                     |            |                             |           |                                     |             |
|--|--|-----------|-------------------------------------|------------|-----------------------------|-----------|-------------------------------------|-------------|
|  | Катаракта  |           |                                     |            | Хориоретинальное воспаление |           |                                     |             |
|  | абсолютные<br>числа  |           | на 100 000<br>соотв. населе-<br>ния |            | абсолютные<br>числа         |           | на 100 000<br>соотв. населе-<br>ния |             |
|  | 2015   | 2016      | 2015                                | 2016       | 2015                        | 2016      | 2015                                | 2016        |
| Российская Федера-<br>ция                  | 249  | 286       | 6,2                                 | 7,1        | 429                         | 266       | 10,73                               | 6,60        |
| <i>Центральный феде-<br/>ральный округ</i> | <i>31</i>  | <i>37</i> | <i>3,3</i>                          | <i>3,9</i> | <i>232</i>                  | <i>32</i> | <i>24,65</i>                        | <i>3,35</i> |
| Белгородская область                       | 2  | 2         | 5,1                                 | 5,1        | 1                           | -         | 2,53                                | -           |
| Брянская область                           | 4  | 3         | 12,2                                | 9,2        | -                           | 7         | -                                   | 21,43       |
| Владимирская об-<br>ласть                  | 1  | 1         | 2,9                                 | 2,9        | 3                           | 1         | 8,75                                | 2,89        |
| Воронежская область                        | 2  | 8         | 3,5                                 | 13,8       | 5                           | 2         | 8,71                                | 3,46        |
| Ивановская область                         | -  | -         | -                                   | -          | 1                           | -         | 4,10                                | -           |
| Калужская область                          | 1  | -         | 4,1                                 | -          | -                           | -         | -                                   | -           |
| Костромская область                        | 1  | -         | 5,7                                 | -          | 1                           | -         | 5,74                                | -           |
| Курская область                            | -  | 2         | -                                   | 6,6        | 2                           | 3         | 6,61                                | 9,89        |
| Липецкая область                           | -  | -         | -                                   | -          | 4                           | -         | 13,35                               | -           |
| Московская область                         | 4  | 10        | 2,3                                 | 5,7        | 6                           | 5         | 3,48                                | 2,86        |
| Орловская область                          | -  | -         | -                                   | -          | 200                         | 1         | 1009,01                             | 5,03        |
| Рязанская область                          | 1  | -         | 3,6                                 | -          | 1                           | -         | 3,62                                | -           |
| Смоленская область                         | 4  | 4         | 17,7                                | 17,8       | -                           | -         | -                                   | -           |



|  |           |           |            |             |           |           |             |             |
|--|-----------|-----------|------------|-------------|-----------|-----------|-------------|-------------|
| Тамбовская область                             | 1         | -         | 3,7        | -           | -         | -         | -           | -           |
| Тверская область                               | 2         | -         | 6,1        | -           | 2         | -         | 6,13        | -           |
| Тульская область                               | 5         | -         | 14,2       | -           | 2         | 1         | 5,68        | 2,83        |
| Ярославская область                            | 1         | 1         | 3,2        | 3,2         | 2         | 2         | 6,47        | 6,45        |
| Город Москва                                   | 2         | 6         | 0,7        | 2,1         | 2         | 10        | 0,71        | 3,42        |
| <i>Северо-Западный фе-<br/>деральный округ</i> | <i>21</i> | <i>18</i> | <i>6,3</i> | <i>5,4</i>  | <i>23</i> | <i>16</i> | <i>6,95</i> | <i>4,80</i> |
| Республика Карелия                             | -         | -         | -          | -           | -         | -         | -           | -           |
| Республика Коми                                | 3         | 1         | 11,5       | 3,9         | 1         | -         | 3,84        | -           |
| Архангельская обл.<br>без АО                   | 1         | 1         | 3,2        | 3,2         | 1         | 2         | 3,22        | 6,45        |
| Ненецкий автоном-<br>ный округ                 | -         | -         | -          | -           | -         | -         | -           | -           |
| Вологодская область                            | 2         | 1         | 6,4        | 3,2         | -         | -         | -           | -           |
| Калининградская об-<br>ласть                   | 1         | 4         | 3,9        | 15,6        | 1         | 2         | 3,94        | 7,79        |
| Ленинградская об-<br>ласть                     | 5         | 2         | 12,0       | 4,7         | 2         | 4         | 4,79        | 9,48        |
| Мурманская область                             | -         | 2         | -          | 9,6         | -         | -         | -           | -           |
| Новгородская об-<br>ласть                      | 2         | -         | 12,9       | -           | -         | -         | -           | -           |
| Псковская область                              | 2         | -         | 12,5       | -           | -         | 1         | -           | 6,31        |
| Город Санкт - Петер-<br>бург                   | 5         | 7         | 4,8        | 6,6         | 18        | 7         | 17,26       | 6,60        |
| <i>Южный федераль-<br/>ный округ</i>           | <i>17</i> | <i>50</i> | <i>4,5</i> | <i>11,3</i> | <i>8</i>  | <i>17</i> | <i>2,10</i> | <i>3,85</i> |
| Республика Адыгея                              | 1         | 3         | 7,2        | 21,9        | -         | -         | -           | -           |
| Республика Калмы-<br>кия                       | -         | -         | -          | -           | -         | -         | -           | -           |
| Республика Крым                                | 1         | 4         | 2,1        | 8,4         | 1         | 4         | 2,10        | 8,44        |

|  |           |           |            |             |           |           |              |              |
|--|-----------|-----------|------------|-------------|-----------|-----------|--------------|--------------|
| Краснодарский край                         | 6         | 15        | 4,0        | 9,8         | 1         | 6         | 0,66         | 3,90         |
| Астраханская область                       | -         | 1         | -          | 3,6         | -         | -         | -            | -            |
| Волгоградская область                      | 3         | 5         | 4,4        | 7,3         | 3         | 2         | 4,44         | 2,93         |
| Ростовская область                         | 7         | 22        | 6,3        | 19,6        | 4         | 2         | 3,60         | 1,78         |
| Город Севастополь                          | -         | -         | -          | -           | -         | 3         | -            | 31,98        |
| <i>Северо-Кавказский федеральный округ</i> | <i>35</i> | <i>41</i> | <i>8,9</i> | <i>10,3</i> | <i>72</i> | <i>91</i> | <i>18,21</i> | <i>22,82</i> |
| Республика Дагестан                        | 11        | 10        | 7,8        | 7,0         | 29        | 44        | 20,46        | 30,83        |
| Республика Ингушетия                       | 2         | 6         | 8,4        | 24,9        | 3         | 12        | 12,59        | 49,81        |
| Кабардино-Балкарская Респ.                 | 4         | 6         | 12,8       | 19,1        | 1         | -         | 3,19         | -            |
| Карачаево-Черкесская Респ.                 | -         | -         | -          | -           | -         | 1         | -            | 6,17         |
| Республика Северная Осетия - Алания        | 6         | -         | 24,3       | -           | 2         | -         | 8,10         | -            |
| Чеченская Республика                       | 10        | 14        | 13,6       | 18,8        | -         | 2         | -            | 2,68         |
| Ставропольский край                        | 2         | 5         | 2,4        | 5,9         | 37        | 32        | 43,89        | 37,64        |

|                                      |           |           |            |            |           |           |             |             |
|--------------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|-------------|-------------|
| <i>Приволжский федеральный округ</i> | <i>54</i> | <i>57</i> | <i>6,6</i> | <i>6,9</i> | <i>40</i> | <i>33</i> | <i>4,88</i> | <i>4,02</i> |
| Республика Башкортостан              | 3         | 6         | 2,4        | 4,8        | 11        | 9         | 8,70        | 7,17        |
| Республика Марий Эл                  | 2         | 1         | 10,7       | 5,3        | -         | -         | -           | -           |
| Республика Мордовия                  | 1         | 1         | 4,8        | 4,8        | 3         | 2         | 14,43       | 9,64        |

|  |    |    |      |      |    |   |       |      |
|--|----|----|------|------|----|---|-------|------|
| Республика Татар-<br>стан              | 10 | 17 | 8,9  | 15,2 | 7  | - | 6,23  | -    |
| Удмуртская Рес-<br>публика             | 8  | 3  | 17,7 | 6,6  | 2  | - | 4,44  | -    |
| Чувашская Респуб-<br>лика              | 1  | -  | 2,8  | -    | -  | - | -     | -    |
| Пермский край                          | 3  | 5  | 3,9  | 6,4  | 2  | 5 | 2,59  | 6,44 |
| Кировская область                      | 3  | 2  | 8,9  | 5,9  | -  | 1 | -     | 2,97 |
| Нижегородская об-<br>ласть             | 5  | 10 | 6,1  | 12,3 | 3  | 7 | 3,68  | 8,58 |
| Оренбургская об-<br>ласть              | 6  | 5  | 10,4 | 8,6  | 1  | 1 | 1,73  | 1,72 |
| Пензенская об-<br>ласть                | -  | -  | -    | -    | -  | - | -     | -    |
| Самарская область                      | 1  | 1  | 1,3  | 1,3  | 5  | 4 | 6,34  | 5,05 |
| Саратовская об-<br>ласть               | 7  | 4  | 10,5 | 6,0  | 5  | 4 | 7,51  | 5,97 |
| Ульяновская об-<br>ласть               | 4  | 2  | 12,7 | 6,3  | 1  | - | 3,18  | -    |
| <i>Уральский<br/>федеральный округ</i> | 27 | 30 | 7,9  | 8,6  | 14 | 9 | 4,07  | 2,59 |
| Курганская об-<br>ласть                | 5  | 4  | 20,6 | 16,2 | 4  | 1 | 16,46 | 4,05 |
| Свердловская об-<br>ласть              | 2  | 5  | 1,8  | 4,4  | 5  | 5 | 4,46  | 4,43 |

|                                    |    |    |      |      |    |    |       |       |
|------------------------------------|----|----|------|------|----|----|-------|-------|
| Тюменская область без АО           | 3  | 2  | 7,7  | 5,1  | 2  | -  | 5,12  | -     |
| Ханты-Мансийский авт. округ - Югра | 9  | 6  | 17,1 | 11,3 | 2  | -  | 3,81  | -     |
| Ямало-Ненецкий авт. округ          | 4  | 2  | 20,0 | 10,0 | -  | -  | -     | -     |
| Челябинская область                | 4  | 11 | 4,2  | 11,3 | 1  | 3  | 1,04  | 3,10  |
| <i>Сибирский федеральный округ</i> | 51 | 40 | 9,2  | 7,2  | 31 | 65 | 5,62  | 11,70 |
| Республика Алтай                   | 1  | 2  | 13,0 | 25,7 | -  | -  | -     | -     |
| Республика Бурятия                 | -  | 4  | -    | 12,5 | 1  | 1  | 3,15  | 3,12  |
| Республика Тыва                    | 4  | 3  | 29,9 | 22,4 | -  | -  | -     | -     |
| Республика Хакасия                 | -  | -  | -    | -    | -  | -  | -     | -     |
| Алтайский край                     | 5  | 6  | 7,7  | 9,1  | 9  | 42 | 13,81 | 63,57 |
| Забайкальский край                 | 6  | 3  | 16,3 | 8,1  | -  | -  | -     | -     |
| Красноярский край                  | 9  | 2  | 11,1 | 2,5  | 6  | 2  | 7,40  | 2,46  |
| Иркутская область                  | 5  | 4  | 6,7  | 5,3  | 3  | 4  | 4,02  | 5,35  |
| Кемеровская область                | 9  | 7  | 11,8 | 9,1  | 5  | 2  | 6,57  | 2,59  |
| Новосибирская область              | 4  | 5  | 5,9  | 7,4  | 6  | 4  | 8,89  | 5,89  |

|  |    |    |      |      |   |    |       |       |
|--|----|----|------|------|---|----|-------|-------|
| Омская область   | 6  | 3  | 11,6 | 5,8  | - | -  | -     | -     |
| Томская область  | 2  | 1  | 6,7  | 3,3  | 1 | 10 | 3,33  | 32,73 |
| <i>Дальневосточный<br/>фед.округ</i>                     | 12 | 12 | 6,7  | 6,7  | 8 | 3  | 4,50  | 1,68  |
| Республика Саха<br>(Якутия)                              | 4  | 4  | 10,8 | 10,8 | 1 | 1  | 2,70  | 2,70  |
| Камчатский край  | 1  | -  | 11,0 | -    | - | -  | -     | -     |
| Приморский край  | 3  | 1  | 6,1  | 2,0  | 1 | -  | 2,04  | -     |
| Хабаровский край   | 1  | 1  | 3,0  | 3,0  | 6 | -  | 17,76 | -     |
| Амурская область   | 2  | 5  | 8,2  | 20,5 | - | 2  | -     | 8,19  |
| Магаданская об-<br>ласть                                 | -  | -  | -    | -    | - | -  | -     | -     |
| Сахалинская об-<br>ласть                                 | -  | -  | -    | -    | - | -  | -     | -     |
| Еврейская авт.об-<br>ласть                               | -  | -  | -    | -    | - | -  | -     | -     |
| Чукотский авто-<br>номный округ                          | 1  | 1  | 52,5 | 52,9 | - | -  | -     | -     |
| Гл. мед. упр.<br>Управления де-<br>лами Президента<br>РФ | -  | 1  | -    | -    | - | -  | -     | -     |
| <i>Крымский феде-<br/>ральный округ</i>                  | 1  | -  | 1,8  | -    | 1 | -  | 1,76  | -     |

**РАБОТА ДИСПАНСЕРА**  
**ПО ПЯТИДНЕВНОЙ РАБОЧЕЙ НЕДЕЛЕ С ДВУМЯ ВЫХОДНЫМИ ДНЯМИ**  
**СУББОТА, ВОСКРЕСЕНЬЕ**  
**08.00-18.00 с перерывом на обед с 12-30 до 13-00**

| № кабинета                           | Название кабинета            | Понедельник | Вторник     | Среда               | Четверг     | Пятница     |
|--------------------------------------|------------------------------|-------------|-------------|---------------------|-------------|-------------|
| <b>Отделение ЛФК</b>                 |                              |             |             |                     |             |             |
| №5                                   | Врач по лечебной физкультуре | 08.00-16.10 | 08.00-16.10 | 08.00<br>-<br>16.10 | 08.00-16.10 | 08.00-16.10 |
| №19                                  | Зал ЛФК                      | 09.00-17.10 | 09.00-17.10 | 09.00<br>-<br>17.10 | 09.00-17.10 | 09.00-17.10 |
| №21                                  | Зал ЛФК                      | 09.00-16.00 | 09.00-16.00 | 09.00<br>-<br>16.00 | 09.00-16.00 | 09.00-16.00 |
| №13                                  | Кабинет массажа              | 08.00-16.10 | 08.00-16.10 | 08.00<br>-<br>16.10 | 08.00-16.10 | 08.00-16.10 |
| №17                                  | Кабинет массажа              | 08.00-16.10 | 08.00-16.10 | 08.00<br>-<br>16.10 | 08.00-16.10 | 08.00-16.10 |
| №2                                   | Кабинет физиотерапии         | 08.00-16.10 | 08.00-16.10 | 08.00<br>-<br>16.10 | 08.00-16.10 | 08.00-16.10 |
| №20                                  | Ингаляторий                  | 08.00-16.10 | 08.00-16.10 | 08.00<br>-<br>16.10 | 08.00-16.10 | 08.00-16.10 |
| <b>Отделение спортивной медицины</b> |                              |             |             |                     |             |             |
| №7                                   | Врач по спортивной медицине  | 08.00-16.40 | 08.00-16.40 | 08.00<br>-<br>16.40 | 08.00-16.40 | 08.00-16.40 |

|                                 |  |             |             |                  |             |             |
|---------------------------------|--|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|
| №14                             | Антропометрия                                      | 08.00-16.10 | 08.50-17.00 | 08.00-16.10<br>- | 08.50-17.00 | 08.00-16.10 |
| №15                             | Фельдшер спортивной медицины                       | 08.00-16.00 | 11.30-16.30 | 08.00-16.00<br>- | 11.30-16.30 | 08.00-16.00 |
| №16                             | Функциональная диагностика                         | 08.30-16.40 | 08.50-17.00 | 08.30-16.40<br>- | 08.50-17.00 | 08.30-16.40 |
| №10; №11                        | Клиническая лаборатория                            | 08.00-16.20 | 10.45-17.00 | 08.00-16.20<br>- | 10.45-17.00 | 08.00-16.20 |
| <b>Отделение центр здоровья</b> |  |             |             |                  |             |             |
| №3                              | Врач центра здоровья терапевт                      | 09.50-18.00 | 08.30-16.40 | 08.30-16.40<br>- | 09.50-18.00 | 09.20-17.30 |
| №5                              | Врач центра здоровья педиатр                       | 08.00-16.10 | 08.00-16.10 | 08.00-16.10<br>- | 08.00-16.10 | 08.00-16.10 |
| №7                              | Врач центра здоровья - врач по спортивной медицине | 08.00-16.40 | 08.00-16.40 | 08.00-16.40<br>- | 08.00-16.40 | 08.00-16.40 |
| №1                              | Гигиенист стоматологический                        | 08.30-16.40 | 08.30-16.40 | 08.30-16.40<br>- | 08.30-16.40 | 08.30-16.40 |
| №9                              | Офтальмологический кабинет                         | 08.00-18.00 | 08.00-18.00 | 08.00-18.00<br>- | 08.00-18.00 | 08.00-18.00 |
| №12                             | Кабинет тестирования                               | 08.00-18.00 | 08.00-18.00 | 08.00-18.00<br>- | 08.00-18.00 | 08.00-18.00 |

|   |   |             |             |                     |             |             |
|---|---|-------------|-------------|---------------------|-------------|-------------|
| №11                                       | Клиническая лаборатория                     | 08.00-16.20 | 10.45-17.00 | 08.00<br>-<br>16.20 | 10.45-17.00 | 08.00-16.20 |
| №21                                       | Зал ЛФК                                     | 09.00-16.00 | 09.00-16.00 | 09.00<br>-<br>16.00 | 09.00-16.00 | 09.00-16.00 |
| <b>Отделение медицинской профилактики</b> |   |             |             |                     |             |             |
| №3  | Фельдшер отделения медицинской профилактики | 08.00-16.10 | 08.00-16.10 | 08.00<br>-<br>16.10 | 08.00-16.10 | 08.00-1     |